

**Evolución de la Capacidad Funcional y su Asociación con las Necesidades de
Cuidado Paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados**

Ana Clarybel Duque López

Código:12262219639

Karol Andrea Rendón Hurtado

Código: 12262219696

**Universidad Antonio Nariño
Maestría en Cuidados Paliativos
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2023**

**Evolución de la Capacidad Funcional y su Asociación con las Necesidades de
Cuidado Paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados**

Ana Clarybel Duque López

Código:12262219639

Karol Andrea Rendón Hurtado

Código: 12262219696

Directora

Mg Hilda Mireya Miranda Rojas

**Universidad Antonio Nariño
Maestría en Cuidados Paliativos
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2023**

DEDICATORIA

Ana Clarybel Duque López

Dedico esta tesis a mi esposo Henry Camelo Quintana por su amor y apoyo incondicional, a mis padres Amparo López y Albeiro Duque y a mis suegros Teresa Quintana y Henry Camelo, por la motivación, fueron fundamentales para superar el camino durante todo este proceso académico.

Karol Andrea Rendón Hurtado

Este trabajo está dedicado a todas las personas familiares y amigos que, de una forma u otra, hicieron posible la culminación de esta maestría. Especialmente, a mis padres Ita Hurtado, Katherine Luna y Carlos Rendón y, a mi hija María José Díaz Rendón por imprimir en mí, fortaleza y valentía durante este arduo pero enriquecedor proceso.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias en primer lugar a Dios, por darnos la oportunidad de emprender este camino de conocimiento en los Cuidados Paliativos. Gracias a la Universidad Antonio Nariño por ser el recinto en el cual logramos este objetivo de formación.

Agradecemos también, a la institución E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, por permitirnos desarrollar nuestro proyecto de investigación con población tan maravillosa. Gracias especialmente, a nuestra tutora Hilda Mireya Miranda Rojas por su acompañamiento, paciencia y por brindarnos su conocimiento para construir este proyecto.

Sin la guía y el apoyo constante del médico y amigo Fabio Stefant Iglesias Meza no habría sido posible embarcarnos y culminar esta aventura académica que hoy nos apasiona y nos llena de tanto orgullo. Al médico José Mauricio Ocampo Chaparro, gracias por escucharnos y direccionarnos cuando iniciabámos, llenas de expectativas, este proceso.

Infinitas gracias a todos los docentes de la Maestría en Cuidados Paliativos por su acompañamiento, por todo el conocimiento compartido y por ayudarnos a ser mejores, especialmente a los profesores Cesar Consuegra y Carlos Avendaño. Por último y no menos importante, agradecemos a nuestros compañeros de Maestría por su amistad, por las risas y las lágrimas compartidas Lediz Henao, Liliana Daza, Jorge Bogoya y José Ariza.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	8
INDICE DE ANEXOS	9
INDICE DE GRAFICAS	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I.....	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción del problema	14
1.2. Pregunta de investigación	17
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. Objetivo general	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. JUSTIFICACIÓN	19
CAPÍTULO II.....	21
4. MARCO CONCEPTUAL.....	21
4.1. Capacidad funcional.....	21
4.2. Fragilidad	21
4.3. Institucionalizado.....	22
4.4. Cuidados paliativos.....	22
4.5. Nutrición en el adulto mayor.....	22
4.6. Estado cognitivo en el adulto mayor.....	22
4.7. Necesidades de cuidados paliativos	23
4.8. Vulnerabilidad.....	23
4.9. Adulto mayor	24
4.10. Envejecimiento activo.....	24
4.11. Enfermedad crónica	24
4.12. Centros residenciales para adultos mayores	25
4.13. Funcionalidad.....	25
4.14. Dependencia funcional	25

4.15.	Atención integral	26
5.	MARCO NORMATIVO	27
5.1.	La política colombiana de envejecimiento humano y vejez	27
	CAPÍTULO III	28
6	DISEÑO METODOLÓGICO	28
6.1	Tipo de estudio	28
6.2	Lugar de realización del estudio	28
6.3	Población	29
6.4	Muestra	29
6.5	Criterios de elegibilidad	29
6.5.1	Criterios de inclusión.....	29
6.5.2	Criterios de exclusión	29
6.6	Variables	30
6.7	Procedimiento	32
6.8	Instrumentos	32
6.8.1	Índice de Barthel:.....	32
6.8.2	Fenotipo de Fried:.....	33
6.8.3	Minimental:.....	34
6.8.4	Escala nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment):	34
6.8.5	Clasificación NECPAL:.....	35
6.8.6	Formato de caracterización:.....	36
6.9	Análisis estadístico	36
7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
8	ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
8.1	Sociodemográficos y capacidad funcional general:	41
8.2	Niveles de fragilidad de adultos institucionalizados:	42
8.3	Niveles de Independencia de adultos mayores institucionalizados:	44
8.4	Estado Cognitivo de Adultos mayores institucionalizados:.....	50
8.5	Estado Nutricional de Adultos Mayores Institucionalizados:	53
8.6	Necesidades en la atención de cuidados paliativos de adultos mayores institucionalizados en condición de vulnerabilidad:	60
9	DISCUSIÓN	65
10	CONCLUSIONES.....	69

11	RECOMENDACIONES	71
12	BIBLIOGRAFÍA	72
13	ANEXOS	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables del estudio	30
Tabla 2. Descriptivos, Características sociodemográficas y Capacidad funcional de Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129	41
Tabla 3. Características demográficas y niveles de fragilidad en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129	43
Tabla 4. Características demográficas y niveles de Independencia en Adultos institucionalizados. Colombia 2023. n=129	44
Tabla 5. Factores asociados al nivel de independencia según los tiempos de medición en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129.....	48
Tabla 6. Características demográficas y estado cognitivo (T1) en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129	51
Tabla 7. Características demográficas y estado cognitivo (T2) en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129	52
Tabla 8. Características demográficas y Estado Nutricional en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129	53
Tabla 9. Características demográficas y Estado Nutricional en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129	55
Tabla 10. Características demográficas y Estado Nutricional en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129	56
Tabla 11. Factores asociados al estado nutricional según tiempos de medición en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129.....	58
Tabla 12. Características demográficas y necesidades en cuidados paliativos en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129.....	61
Tabla 13. Factores nutricionales, cognitivos, de fragilidad e independencia asociadas a las necesidades de cuidados paliativos en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129	62

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Índice de Barthel.....	78
Anexo 2. Fenotipo de Fried.....	79
Anexo 3. Minimalista	80
Anexo 4. Escala nutricional mna (mini nutricional assement).....	81
Anexo 5. Clasificación NECPAL.....	82
Anexo 6. Cronograma	83
Anexo 7. Concepto Comité de Trabajo de Grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño	84
Anexo 8. Concepto comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño	85
Anexo 9. Concepto Comité de Ética de la Institución E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.....	86

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. factores Asociados al Nivel de Independencia Funcional según Tiempos de Medición en Adultos Mayores Institucionalizados..... 50

Grafica 2. Factores Asociados al Estado Nutricional según Tiempos de Medición en Adultos Mayores Institucionalizados 60

RESUMEN

Introducción: Esta propuesta de investigación pretende identificar la posible asociación entre la necesidad de cuidado paliativo con la evolución funcional en términos de fragilidad, cambios en el nivel de independencia, el estado cognitivo y el estado nutricional, en adultos mayores institucionalizados en condición de vulnerabilidad socioeconómica de la E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel. **Pregunta de investigación:** ¿Cuál es la evolución de la capacidad funcional y su asociación con las necesidades de cuidado paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados? **Objetivo:** Analizar la evolución de la capacidad funcional y su asociación con las necesidades de cuidado paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados. **Método:** El presente estudio se realizó a partir de un enfoque cuantitativo observacional de tipo cohorte retrospectivo. El cual, es un diseño de investigación cuyo objetivo es "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. **Resultado:** En el estudio se revisaron 129 historias clínicas de adultos mayores institucionalizados. La media de edad de los participantes fue de 77.8, con un mínimo de 58 y máximo de 102 años. La mayoría de la población correspondió al sexo masculino 58.9%. De 64 adultos mayores a los cuales se les identificó el estado civil, el 93.8% se encontraban solteros según base de datos aportada por la institución. La mayor parte de los adultos mayores ingresaron a la institución con diagnósticos médicos relacionados con enfermedades de origen cardiovascular, seguidos de trastornos neurocognitivos. La capacidad funcional para las actividades de la vida diaria medida a través del Índice de Barthel, mostró independencia en la mayoría de los participantes en los tres periodos de medición. Por su parte, el riesgo de malnutrición fue latente durante el seguimiento. La mayoría de los adultos institucionalizados presentó fragilidad según el Fenotipo de Fried. **Conclusión:** Los resultados en términos generales en ese momento de medición, permitieron saber que la mayor cantidad de usuarios no requirieron atención por cuidados paliativos respecto a los factores de funcionalidad estudiados. Sin embargo, un pequeño número, nos determinó que las necesidades en la atención se dieron a partir de un riesgo nutricional y un estado de fragilidad latentes.

Palabras clave

Adulto mayor, institucionalizado, fragilidad, cuidados paliativos, nutrición, estado cognitivo, necesidades de cuidados paliativos, vulnerabilidad, envejecimiento activo, enfermedad crónica, funcionalidad, dependencia funcional y atención integral.

ABSTRACT

Introduction: This research proposal aims to identify the possible association between the need for palliative care with functional evolution in terms of frailty, changes in the level of independence, cognitive status and nutritional status, in institutionalized older adults in conditions of socioeconomic vulnerability. from the E.S.E San Miguel Geriatric and Elderly Hospital. **Research question:** ¿What is the evolution of functional capacity and its association with palliative care needs in Institutionalized Older Adults? **Objective:** To analyze the evolution of functional capacity and its association with palliative care needs in Institutionalized Older Adults. **Method:** The present study was carried out using a quantitative observational retrospective cohort approach. Which is a research design whose objective is "the observation and recording" of events without intervening in their natural course. **Result:** In the study, 129 medical records of institutionalized older adults were reviewed. The average age of the participants was 77.8, with a minimum of 58 and maximum of 102 years. The majority of the population was male, 58.9%. Of 64 older adults whose marital status was identified, 93.8% were single according to a database provided by the institution. Most of the older adults entered the institution with medical diagnoses related to diseases of cardiovascular origin, followed by neurocognitive disorders. The functional capacity for activities of daily living, measured through the Barthel Index, showed independence in the majority of participants in the three measurement periods. For its part, the risk of malnutrition was latent during follow-up. The majority of institutionalized adults presented frailty according to the Fried Phenotype. **Conclusion:** The results in general terms at that time of measurement allowed us to know that the largest number of users did not require palliative care attention with respect to the functionality factors studied. However, a small number determined that the care needs arose from a latent nutritional risk and a state of fragility.

Keywords

Older adults, institutionalized, frailty, palliative care, nutrition, cognitive status, palliative care needs, vulnerability, active aging, chronic illness, functionality, functional dependency and comprehensive care.

INTRODUCCIÓN

Esta propuesta de investigación pretende identificar la posible asociación entre la necesidad de cuidado paliativo con la evolución funcional en términos de fragilidad, cambios en el nivel de independencia, el estado cognitivo y el estado nutricional, en adultos mayores institucionalizados en condición de vulnerabilidad socioeconómica de la E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel. Con el propósito de identificar de forma temprana las necesidades en la atención de cuidados paliativos para promover la calidad de vida de esta población sujeto de estudio, y contribuir al proceso de la estrategia de atención integral para los adultos mayores beneficiarios.

Por lo anterior, la presente investigación está organizada en capítulos, donde en el primer capítulo se establece la importancia e impacto del fenómeno de estudio y su propósito, lo cual se evidencia en el planteamiento del problema, la descripción, los objetivos y la justificación.

Seguido de un capítulo de marco conceptual, donde se definen los conceptos asociados a la investigación. Posteriormente, se menciona el marco normativo donde se tiene como referente principal la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez y legislaciones asociadas a la protección del adulto mayor.

Por último, el capítulo final, consta del marco metodológico donde se describe el tipo de estudio, el tipo de población, criterios de elegibilidad, variables, instrumentos, plan de análisis, control de sesgos y consideraciones éticas que permiten el desarrollo de esta investigación. Finalmente, el último capítulo está conformado por el análisis de resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones para la institución y futuras investigaciones similares.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de la ciudad de Cali, Valle del Cauca, está conformada por adultos mayores que se encuentran en condición de vulnerabilidad socioeconómica y son protegidos por el estado a través de la Secretaría de Bienestar Social. Las características de esta población, los hacen susceptibles a posibles alteraciones en las dimensiones del ser, en términos de fragilidad, funcionalidad, estado cognitivo y nutricional, las cuales pueden estar asociadas a necesidades de cuidados paliativos aún no identificadas.

La población residente en esta institución presenta variedad de condiciones de salud, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se relacionan con la necesidad de cuidados paliativos; entre ellas “enfermedades crónicas cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%). También se presentan insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos. (1).

De acuerdo con las proyecciones de población 2020 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia, se estima que hay 6.808.641 adultos mayores. De ellos: 3.066.140 (45%) son hombres y 3.742.501 (55%) son mujeres. De los cuales 22.945 tienen más de 100 años, siendo 8.521 hombres y 14.424 mujeres. En este contexto, la velocidad del envejecimiento, o tiempo transcurrido para que el grupo de adultos de 65 años o más pasen de una proporción del 7% al 15% será de tan sólo 20 años para nuestro país, comenzando en 2017 y finalizando en 2037 (2).

Para brindar cobertura a la población de adultos mayores perteneciente a la ciudad de Cali “La alcaldía ha creado el programa Adulto Mayor, en él se articulan los programas y proyectos de

todas las dependencias de la administración municipal, dentro de ellos se encuentra la Secretaria de Bienestar Social a través del Centro de Atención al Adulto, quienes buscan promover la participación activa, la inclusión social y el desarrollo dinámico de las y los adultos mayores de la ciudad para mitigar las condiciones de vulnerabilidad y brindar protección y garantía de derechos a este grupo poblacional”(3).

Por lo tanto, el Programa Adulto Mayor, propende favorecer a esta población que se encuentra en situación de abandono y sin red familiar, brindando protección, bajo la modalidad albergue de larga estancia, en donde son institucionalizados en un Centro de Protección para la restitución de sus derechos. Validan esta condición por medio de una visita domiciliaria donde elaboran un informe que contiene el concepto del profesional, sus recomendaciones y acciones a seguir en caQ so que se haya detectado algún tipo de violencia que afecte la vida del adulto mayor (4).

Adicionalmente, en el informe de Caracterización del Observatorio de Adulto Mayor del primer trimestre del 2019 (4), describen que el proceso de institucionalización compete únicamente a la E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, en el cual se tiene un cupo de 236 adultos mayores al 2019. Sumado a lo anterior, los adultos mayores que viven solos, manifiestan que sus familias poco se ocupan de ellos, generalmente se trata de una población vulnerable que depende de la buena voluntad de los vecinos y de los apoyos del Estado (4).

Continuando, en la caracterización del Observatorio, refieren que, en el caso de los adultos mayores institucionalizados, no registran hijos; durante lo corrido del año 2019, en su totalidad no tenían ningún tipo de ocupación durante el mes inmediatamente anterior a su institucionalización; presentan mínimos niveles de educación, generando mayor nivel de vulnerabilidad frente a situaciones de peligro, dado la escasez de recursos y por ende menor acceso a los servicios de salud, inequidades en las condiciones socioeconómicas, en sus condiciones de bienestar y en el acceso a los servicios sociales (4).

Durante el proceso de envejecimiento, los adultos mayores presentan ciertos rasgos de vulnerabilidad por sus condiciones biológicas y sociales al vivir en situaciones de riesgo

determinadas por la carencia de recursos económicos, familiares, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado (5).

Estas situaciones predisponen a los adultos mayores a una condición de fragilidad definida como *“Un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte”* (6).

Consecuentemente, una capacidad funcional disminuida se asocia con la pérdida de capacidades corporales o sensoriales para realizar actividades básicas de la vida diaria, esenciales para el cuidado del adulto y su autonomía (7). También se relaciona con el deterioro cognitivo y el estado nutricional de los adultos mayores, lo cual, según la OMS es el mejor indicador de salud para la prevalencia de las enfermedades, por lo tanto, es necesario prestar atención a estas condiciones (1).

A pesar de la creciente evidencia de los beneficios del acceso temprano a los cuidados paliativos, muchos pacientes no reciben esta atención de manera oportuna. Un enfoque sistemático en la atención primaria puede facilitar la identificación más temprana de pacientes con posibles necesidades de cuidados paliativos y promover una evaluación adicional (8). Se necesita más investigación para identificar procesos de detección estandarizados que se basen no solo en la predicción de la mortalidad y el deterioro, sino también en la anticipación de las necesidades de cuidados paliativos y la predicción del deterioro funcional (8).

Principalmente, si estos procesos se desarrollan en contextos de institucionalización de adultos mayores que se encuentran en condición de vulnerabilidad, con el propósito de identificar la evolución y trayectoria funcional de la condición general de la salud del adulto, para intervenir oportunamente y disminuir el deterioro funcional en todos sus componentes biopsicosociales que, probablemente con el paso del tiempo se puede desencadenar en atención de cuidado paliativo.

Por lo anterior, se considera importante explorar la capacidad funcional de los adultos mayores de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de Santiago de Cali en términos de fragilidad, nivel de independencia, estado cognitivo y estado nutricional para determinar cuáles factores

pueden asociarse con su condición de salud y desencadenar necesidades de atención en cuidados paliativos.

1.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la evolución de la capacidad funcional y su asociación con las necesidades de cuidado paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar la evolución de la capacidad funcional y su asociación con las necesidades de cuidado paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados.

2.2. Objetivos específicos

- Reconocer el nivel de fragilidad y el estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados.
- Describir el nivel de independencia para las actividades de la vida diaria básicas y el estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados.
- Determinar las necesidades en la atención de cuidados paliativos de los adultos mayores en condición de vulnerabilidad institucionalizados.
- Establecer la asociación entre la evolución de la capacidad funcional con la necesidad de cuidados paliativos.

3. JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos pueden presentar un deterioro más acelerado en su calidad de vida y un mayor nivel de fragilidad, debido a los factores asociados a un contexto de vulnerabilidad económica, social, psicológica y ambiental (9). La OMS recomienda atender la fragilidad, las preferencias individuales, las prioridades y los recursos psicosociales, e incorporarlos a la planificación individualizada de los cuidados, ya que estos factores influyen en la calidad de vida de cada adulto (10).

Por tanto, existen múltiples factores asociados que pueden cambiar el estado funcional de un adulto mayor, entre estos la pluripatología que los aqueja; sin embargo, también se debe tener en cuenta las alteraciones ambientales, problemas socioeconómicos, afectivos, decrecimiento de calidad de vida, pérdida de roles, entre otros (11).

Por otro lado, la valoración funcional en el aspecto físico, cognitivo y social constituye la valoración geriátrica integral; su importancia a nivel individual radica en que permite identificar estados de enfermedad y de riesgo de eventos adversos, optimizar los planes de cuidados, mejorar la toma de decisiones, controlar los cambios y evaluar los efectos de una intervención. A nivel general, es útil para planificar políticas de salud pública, asignar recursos equitativamente y determinar la población que se puede beneficiar de la atención (12).

De acuerdo con lo expuesto, la intencionalidad del estudio es conocer la asociación de la evolución funcional y la necesidad de cuidados paliativos, identificada por medio de la valoración geriátrica integral en términos de fragilidad, nivel de independencia para las actividades de la vida diaria básicas, estado cognitivo y estado nutricional de los adultos mayores institucionalizados, que han sido referidos por la Secretaría de Bienestar Social de la ciudad Santiago de Cali.

Lo anterior, permitirá orientar y fortalecer las intervenciones en cuidados paliativos para esta población de adultos mayores con características específicas de enfermedad crónica avanzada,

institucionalización y vulnerabilidad. Logrando así, reconocer la importancia de la atención temprana en cuidados paliativos y del desarrollo de esta disciplina en este grupo social.

Igualmente, el estudio podrá tener un beneficio social general para la población adulta mayor, en términos de fomentar las intervenciones tempranas integrales en cuidados paliativos, lo cual podría promover el mantenimiento de la capacidad funcional y la calidad de vida de los adultos mayores en los diferentes contextos de participación.

CAPÍTULO II

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Capacidad funcional

La capacidad funcional se define como la competencia que tiene el adulto para realizar las actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda. Debido a la progresiva pérdida de funcionalidad, los adultos mayores pueden requerir ayuda para realizar dichas actividades (13).

Por otra parte, el contacto familiar como principal fuente de apoyo para la capacidad funcional y social en condiciones de institucionalización permite la conformación de relaciones sociales, son situaciones favorables para evitar el aislamiento social.

Adicionalmente, cumplen funciones protectoras o amortiguadoras al incrementar la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas saludables, para alcanzar el bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas y disminuir su capacidad funcional (14).

4.2. Fragilidad

La fragilidad es un síndrome geriátrico que se caracteriza por la disminución de la capacidad del organismo para responder a los factores estresantes externos provocando en el individuo: riesgo de caídas, declive funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización e incluso la muerte (15).

En consecuencia, la fragilidad, tiene un impacto importante en la funcionalidad y calidad de vida de los adultos, y en el consumo de recursos sanitarios y sociales. Por ello, se considera un verdadero problema de Salud Pública que debe ser atendido con urgencia (15), y más, en instituciones

prestadoras de servicios de salud para adultos mayores, siendo un tema de especial atención y un factor importante a la hora de medir la funcionalidad, autonomía e independencia.

4.3. Institucionalizado

“Por «adultos mayores institucionalizados» se entiende a las personas que viven en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos de gestión pública y privada, sujetos a control del Estado, municipal o provincial.” (16).

4.4. Cuidados paliativos

Según la OPS, *“El cuidado paliativo es la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la detección temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales.” (17).*

4.5. Nutrición en el adulto mayor

El estado nutricional del adulto mayor está conformado por el consumo de nutrientes y el requerimiento de estos. Por lo tanto, cuando hay un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético, se puede presentar deterioro en la nutrición, lo cual se ve reflejado en la condición de salud de la población (18).

4.6. Estado cognitivo en el adulto mayor

El estado cognitivo se entiende como el funcionamiento intelectual que permite interactuar con el medio ambiente en el que el ser humano se mueve. Con el proceso de envejecimiento, en el cerebro se evidencian cambios a nivel morfológico, bioquímico, circulatorio y metabólico que, dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad de diversas funciones cerebrales, pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o establecer su curso normal (19).

4.7. Necesidades de cuidados paliativos

La necesidad de cuidados paliativos en la población de adultos mayores, surge dentro de un contexto del acelerado incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles que crecen de forma directamente proporcional, a los índices de envejecimiento de la población a nivel mundial. Las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad, la principal causa de mortalidad mundial. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones – casi las dos terceras partes - se debieron a (ENT), principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas (20).

La ciencia y los avances tecnológicos han permeado el ámbito de la salud, y se conocen la naturaleza de las enfermedades con mayor profundidad y precisión, han surgido instrumentos mediante los cuales se conoce el estado actual de salud de un adulto y se predice su futuro en términos de condición de salud; Sin embargo, se necesita más investigación para identificar procesos de detección estandarizados que se basen no solo en la predicción de la mortalidad y el deterioro, sino también en la anticipación de las necesidades de cuidados paliativos y la predicción de la tasa y el curso del deterioro funcional. Esto impulsa una evaluación integral para identificar y satisfacer las necesidades de los adultos a tiempo (8)

Los adultos mayores en condición de vulnerabilidad, presentan enfermedades no transmisibles que pueden generar alteraciones en la salud física, mental y espiritual, las cuales se identificaron por medio de esta investigación para lograr describir cuales son las características de la población y condiciones de salud que llevan a los adultos a tener la necesidad de atención en cuidados paliativos.

4.8. Vulnerabilidad

La Vulnerabilidad “susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que un evento físico peligroso se presente. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de los seres humanos y sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos y de apoyo que pueden ser afectados por eventos físicos peligrosos.” (Ley 1523 de 2012) (21).

Las condiciones de vulnerabilidad económica, social, ambiental y de salud, influyen en el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores institucionalizadas (22). Los adultos mayores padecen de uno o más problemas geriátricos que predisponen a la dependencia incrementando de manera acelerada el deterioro funcional y el proceso emocional (14); así como también el deterioro cognitivo.

4.9. Adulto mayor

Según la ley colombiana 1276 de 2009, adulto mayor se define como aquel adulto que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, un adulto podrá ser clasificado dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (23).

4.10. Envejecimiento activo

Fue definido por la OMS como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que los adultos envejecen (23). Lo cual, se puede fortalecer por medio de intervenciones interdisciplinarias que se enfoquen en promover las habilidades de desempeño que presentan los adultos mayores, estos procesos se realizan en la institución donde se desarrolla la presente investigación, factor importante que permitió visualizar si estos procesos impactan, o no, en el envejecimiento.

4.11. Enfermedad crónica

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas son hoy la principal causa de muerte en todo el mundo. Mencionando principalmente un grupo de cuatro patologías en el que se encuentran: el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias, las cuales son enfermedades que no tienen cura y con las que se aprende a vivir (24).

Por ende, se hace de vital importancia, reconocer estas enfermedades crónicas que transitan el proceso de envejecimiento de los adultos mayores, ya que son factores claves a la hora de definir la funcionalidad y la autonomía en esta población que se contempla en la presente investigación.

4.12. Centros residenciales para adultos mayores

Son aquellos destinados a la vivienda permanente o temporal de los adultos mayores, donde se ofrecen servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas, de protección y cuidado integral de los adultos mayores. Estos centros también pueden ofrecer servicios de centro día, atención domiciliaria o teleasistencia (25). En estos lugares, se brinda una atención integral a base de intervenciones interdisciplinarias que velan por el bienestar y la calidad de vida de los residentes.

4.13. Funcionalidad

La funcionalidad o capacidad funcional, definida por la OMS como el resultado entre la interacción del adulto mayor (con su capacidad intrínseca física y mental) y las características medioambientales, se convierte en el principal indicador del estado de salud de estos (26). Por lo tanto, es importante reconocer la evolución funcional de la población de estudio por medio de la escala de valoración de Barthel, la cual fue aplicada por los profesionales de la salud de la institución donde se recogió la muestra y que se evidencia en las historias clínicas.

4.14. Dependencia funcional

La dependencia funcional fue definida por el consejo de Europa en 1997 como *“la situación en la que se encuentran aquellos adultos que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria”* (27).

Es una característica común en población vulnerable institucionalizada, como la que se presenta en esta investigación, la cual, para este caso, se medirá bajo las escalas como el Índice de Barthel,

fenotipo de Frail, Minimental y Mini Nutricional. buscando asociar estos factores a la posible necesidad de atención en cuidados paliativos.

4.15. Atención integral

Según la OMS, la refiere como la que reúne inversiones, prestación, gestión y organización de servicios de diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud (28). Este estudio permitirá el fortalecimiento de la atención integral multidisciplinar que reciben los adultos mayores institucionalizadas, en la medida en que los resultados permitan retroalimentar los procesos de los servicios de salud, para que así se contribuya al diagnóstico y las intervenciones tempranas en esta población vulnerable.

5. MARCO NORMATIVO

5.1. La política colombiana de envejecimiento humano y vejez

Está dirigida a todos los adultos residentes en Colombia y en especial, a los adultos de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, concertada, con el propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el Periodo 2022 - 2031. Actualmente se adiciona el capítulo 7 por medio del Decreto 681 de 2022.

5.1.1 Ley 1315 de 2009 “Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención”.

5.1.2 La Ley 789 de 2002 “Estableció el Sistema de Protección Social en Colombia y su definición.”

5.1.3 Ley 1251 2008 “Por la cual se fijan normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores y se incluyen directrices generales para la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez”.

5.1.4 Ley 1733/2014: Ley Consuelo Devis Saavedra

5.1.5 Res. 229/2020 Carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente. capítulo Morir dignamente comprendiendo el cuidado integral y el Cuidado Paliativo.

CAPÍTULO III

6 DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

El presente estudio se realizó a partir de un enfoque cuantitativo observacional de tipo cohorte retrospectivo. El cual, es un diseño de investigación cuyo objetivo es "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos (29).

En estos estudios se miden dos o más variables, y se pretende establecer si éstas están o no relacionadas, además de medir el grado de relación que existe entre ellas. Estos, utilizan datos de la población general para comparar frecuencias de enfermedad o en una misma población en diferentes períodos de tiempo (29).

Para la investigación se tendrán presente los siguientes aspectos:

1. Exposición claramente definida: El ingreso del adulto mayor a la institución.
2. Seguimiento de la cohorte: Se realizará por un periodo de tiempo de dos años. Teniendo en cuenta la población que se encontraba institucionalizada en el 2020 y que, permaneció en la institución hasta el 2022.
3. Definición de desenlace: Necesidades de cuidados paliativos.

6.2 Lugar de realización del estudio

El presente estudio se realizó en la E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de Santiago de Cali, el cual tiene una capacidad disponible de 236 adultos mayores.

6.3 Población

Se clasificó en:

Unidad de análisis: que son los adultos mayores institucionalizados

Unidad de información: que son las historias clínicas.

Paralelo a ello, se construyó la caracterización de la población general con el fin de identificar los datos básicos.

Durante la revisión de éstas, se describió la evolución de las escalas de valoración que permiten reconocer el nivel de fragilidad, de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, el estado cognitivo, estado nutricional y las necesidades de atención en cuidados paliativos, las cuales fueron valoradas por el equipo de profesionales de la salud de la institución al ingreso del adulto mayor y durante su permanecía en el lugar.

6.4 Muestra

La muestra fueron todas las historias clínicas de los adultos que se encontraban institucionalizadas en el año 2020, y que cumplían con los criterios de elegibilidad.

6.5 Criterios de elegibilidad

6.5.1 Criterios de inclusión

Historias clínicas de adultos mayores con rango de edad entre 60-102 años que se encuentran institucionalizadas.

6.5.2 Criterios de exclusión

Historias clínicas de adultos mayores con clasificación NECPAL (+) al año 2020.

6.6 Variables

- **Variable Independiente (VI):** Fragilidad, funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria, estado cognitivo y estado nutricional.
- **Variable dependiente (VD):** Necesidad de Cuidados Paliativos.
- **Variables sociodemográficas:** Sexo, edad y estado civil.

Tabla 1. Variables del estudio

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	CLASIFICACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	PROFESIONAL ENCARGADO
Fenotipo de FRIED	Escala de valoración de fragilidad, definida como un estado de vulnerabilidad que conlleva a un mayor riesgo de desenlaces adversos ante situaciones de estrés.	Nivel de Fragilidad	Cuantitativa	Fisioterapeuta
Mini Nutritional Assessment– Short Form (MNA- SF)	Esta escala evalúa el estado nutricional del adulto mayor; se encuentra validada en diferentes niveles asistenciales: domicilios, residenciales y hospitalarios.	Estado Nutricional	Cuantitativa	Nutricionista
Índice de Barthel	El índice de Barthel mide la capacidad de un adulto para realizar diez (10) actividades básicas de la vida diaria, que se consideran esenciales, de esta forma se obtiene una estimación	Nivel de independencia actividades de la vida diaria básicas.	Cuantitativa	Fisioterapeuta

	cuantitativa de su grado de independencia.			
Minimental Status Examination (MMSE)	Esta prueba es la más utilizada en el mundo científico. Es un método utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas.	Estado Cognitivo	Cuantitativa	Psicólogo
Instrumento NECPAL	Método simple de pronóstico relacionado con la identificación temprana de las necesidades de cuidados paliativos de los pacientes, con una precisión razonable en todos los entornos de atención.	Necesidad de Cuidados Paliativos	Cuanti - Cualitativa	Médico
Sexo	Género de los participantes.	0 = Masculino 1 = Femenino	Cualitativa	Secretaria
Edad	Años cumplidos.	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Secretaria
Estado Civil	Condición marital de los participantes.	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Divorciado 3 = Viudo	Cualitativa	Secretaria

Fuente: Elaboración propia, 2023.

6.7 Procedimiento

Se tomaron de manera consecutiva los registros de las historias clínicas de adultos mayores institucionalizados que cumplieran con los criterios de elegibilidad expuestos anteriormente.

Para la recolección de la información, se diseñó una base de datos en el programa Windows Excel (Microsoft, 2020) donde se registró desde el año 2020 a 2022 la información de las historias clínicas de los adultos mayores institucionalizadas, referente a datos sociodemográficos y aplicación de las escalas: Índice de Barthel, Fenotipo de Fried, Minimental y Escala nutricional.

Posteriormente, se realizó un proceso de revisión de la calidad de la base de datos construida (auditoría de la información), para proceder a clasificar la información correspondiente hasta el año 2022, seleccionando el grupo con Necpal (+) o con necesidades de atención en cuidados paliativos, y el grupo con clasificación Necpal (-).

6.8 Instrumentos

Se revisaron los formatos que a continuación se describen, y que fueron diligenciados por el equipo interdisciplinario compuesto por Psicología, Nutrición, Fisioterapia y Medicina. de la institución E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

6.8.1 Índice de Barthel:

El Índice de Barthel, conocido también como el Índice de Discapacidad de Maryland, fue diseñado por los doctores Mahoney y Barthel en un hospital para enfermos crónicos en Estados Unidos (1955). Su propósito era medir la evolución de pacientes con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos. En la actualidad, es uno de los métodos y herramientas más utilizadas y aplicadas internacionalmente para medir las actividades de la vida diaria (30).

Valora la capacidad de un adulto para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulaci3n y escaleras; y les asigna una puntuaci3n (0,5,10,15) en funci3n del tiempo empleado en su realizaci3n y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuaci3n final que varía de 0 a 100 o 95 si utiliza silla de ruedas (30).

El puntaje se registrará por cada una de las actividades y, posteriormente se sumará el puntaje total, el cual refleja el nivel de independencia de acuerdo con la siguiente clasificaci3n:

Puntaje	Clasificaci3n
<20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Independencia (95 en silla de ruedas)

Instrumento de Índice de Barthel (Anexo 1).

6.8.2 Fenotipo de Fried:

Escala de valoraci3n de fragilidad, definida como un estado de vulnerabilidad que conlleva a un mayor riesgo de desenlaces adversos ante situaciones de estr3s. Esta escala se adapt3 con 3xito al espaol de M3xico y se valid3 en adultos mayores mexicanas residentes en la comunidad en el 2016. Est3 compuesta por cinco 5 ítems, cada uno de los que, en caso de ser positivo puntuará con un 1 punto, lo cual da cuenta del nivel de fragilidad (31). La escala se interpretará de la siguiente manera:

0 puntos = Robusto
1 o 2 puntos = Pre frágil

≥ 3 puntos = Frágil

Instrumento de Fenotipo de Fried (anexo 2)

6.8.3 Minimental:

El Minimental Examination de Folstein también conocido por sus siglas MMSE fue publicado en el año 1975 por Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung. Cuenta también con una adaptación y validación con población española, realizada por Lobo en 1975. Permite identificar la posibilidad de presentar demencia, y también podría ser usada con el fin de llevar un seguimiento de la evolución del deterioro cognitivo (32).

Es un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones, donde las características esenciales que se evalúan son: orientación espacio temporal; capacidad de atención, concentración y memoria; capacidad de abstracción (cálculo); capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial; y capacidad para seguir instrucciones básicas. Es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar la evolución en pacientes con alteraciones neurológicas (32).

30 y 27 puntos	No existen deterioro cognitivo
26 y 25 puntos	Posibilidad de que exista un deterioro cognitivo
24 y 10	Deterioro cognitivo de leve a moderado
9 y 6	Deterioro cognitivo de moderado a severo
< 6	Deterioro cognitivo severo

Instrumento Minimental (anexo 3)

6.8.4 Escala nutricional MNA (Mini Nutritional Assement):

El MNA fue validado específicamente en población geriátrica en Toulouse y publicado por primera vez en 1994. El principal aporte fue facilitar la realización de la valoración nutricional a un gran

número de profesionales de la salud. Además, permite la valoración del riesgo nutricional sin hacer otras pruebas complementarias (33).

Tiene 18 variables agrupadas en 4 áreas que cubren los diferentes apartados de la valoración: antropometría, situaciones de riesgo, encuesta dietética y autopercepción de salud. Se han desarrollado cientos de estudios de prevalencia de desnutrición y de validación del método en distintos países. Ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad, fiabilidad y un alto valor predictivo (34).

Consta de dos partes: un cribaje (7 preguntas), y una evaluación (12 preguntas) que se realiza sólo si el cribaje da positivo.

La puntuación total ≥ 24 , Indica que el paciente tiene un buen estado nutricional.

Entre 17-23.5, Identifica a los pacientes en riesgo de malnutrición.

Menor de 17 El paciente presenta malnutrición.

Instrumento Escala nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment) (anexo 4)

6.8.5 Clasificación NECPAL:

Es un método simple de identificación de pacientes con necesidades de cuidados paliativos, basado en variables comúnmente obtenidas en la práctica diaria y relacionado con la identificación temprana de los pacientes, con una precisión razonable en todos los entornos de atención. La herramienta proporciona información sencilla para tomar mejores decisiones en políticas de atención al final de la vida y planificación de servicios (35).

El método se aplica ya en varios niveles asistenciales, en diferentes comunidades autónomas en España y en muchos países de América Latina. Se diseñó para dar respuesta al reto de la atención

paliativa precoz, integral e integrada de adultos con enfermedades avanzadas en todos los servicios de salud y sociales (35).

Se califica de la siguiente manera:

NECPAL positivo: si la respuesta es NO a la pregunta ¿Le sorprendería que este paciente muriera a lo largo del próximo año? y si presenta por lo menos 1 parámetro positivo.

NECPAL negativo: si la respuesta es SÍ a la pregunta ¿Le sorprendería que este paciente muriera a lo largo del próximo año?

Instrumento NECPAL (anexo 5)

6.8.6 Formato de caracterización:

La caracterización de las historias clínicas se realizó a partir de las variables: sexo, edad y estado civil, que se consideraron importantes para la investigación.

6.9 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para variables cuantitativas de acuerdo con su distribución en medias y desviación estándar. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias simples y relativas. Para evaluar el estado nutricional se utilizó la prueba t de Student y prueba ANOVA para comparar grupos, teniendo en cuenta las medidas repetidas de cada escala.

La diferencia entre mediciones de fragilidad se llevó a cabo con Prueba de Wilcoxon para datos con distribución no normal. El análisis de diferencias de los resultados de la escala de Barthel se realizó con análisis de varianza. Las variables cualitativas se analizaron mediante el estadístico Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher. En todos los casos se usó estadística bilateral con un valor de $p < 0,05$. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 25.

6.10 Control de sesgos

Sesgos de evaluación inicial del proyecto:

“Se deben a la utilización de informaciones erróneas o a deformación de la información inicial, orientándola hacia unos aspectos determinados. En definitiva, se trata de la existencia de prejuicios o datos erróneos que condicionan el planteamiento de la investigación” (36).

Se toma en cuenta este sesgo ya que la metodología de la investigación es un enfoque cuantitativo observacional retrospectivo de revisión documental de historias clínicas, por lo tanto, se basa en el registro de otras personas. Por lo anterior se registró la información como aparece en las historias clínicas sin realizar ningún tipo de modificaciones.

Sesgos que ocurren durante la etapa de recolección de la información: la recolección de la información se realizó bajo los principios éticos de investigación, donde las investigadoras respetaron estos principios.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La propuesta de investigación fue aprobada por el Comité de Trabajo de Grado y el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño y del Comité de Ética de la institución E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

Por otro lado, se tomará en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud plasmadas en la resolución 8430 de 1993 en todo el proceso de desarrollo. En el título II, capítulo I, punto A, se puede evidenciar que la presente investigación pertenece a una investigación sin riesgo porque esta emplea un método de investigación documental retrospectivo (37).

Las investigadoras declaran el reconocimiento de la resolución 1995 de 1999 por la cual se dictan las disposiciones sobre la organización y manejo del archivo de historias clínicas, tales como la obligatoriedad del archivo, custodia, acceso, retención y tiempo de conservación, seguridad del archivo y condiciones físicas de conservación. Por lo tanto, durante la investigación se mantendrá la custodia de las historias clínicas entre las investigadoras (38).

Durante la etapa de recolección de la información, que se obtuvo de las historias clínicas, se salvaguardo para protegerla mediante la generación de códigos. Solo las investigadoras tendrán acceso a la información recolectada.

No se relacionó datos de identificación de los adultos, como nombres, apellidos y documento de identidad en el informe escrito de la investigación ni en publicaciones, de los pacientes ni de los adultos de la salud.

De igual forma, las investigadoras involucradas en este estudio manifiestan que reconocen los acuerdos internacionales de bioética consignados en la declaración de Helsinki y se acogen a la normativa reportada, reconocen además los cuatro principios de la bioética: justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía.

Principio de justicia, la entendemos como la equidad en la distribución de cargas y beneficios. Respetando los criterios de inclusión y de exclusión fundamentales para llevar a cabo los objetivos del estudio, todas las historias clínicas se revisaron bajo las mismas premisas respetando los derechos que se encuentran inmersos por ser documentos de adultos, sin lugar a discriminación de ningún tipo y sin desequilibrio en los beneficios que se puedan adquirir posteriores a dicha investigación.

Principio de no maleficencia, que en la práctica clínica se reconoce como “primum non nocere” es decir: no producir daño y prevenir, el cual es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley. Se verá reflejado antes, durante y después de la realización de la investigación, específicamente asegurando la codificación de las historias clínicas, custodiando la información legal consignada en los documentos que se utilizarán, y el adecuado uso, transcripción y análisis de los datos, previniendo así afectar la integridad de los adultos involucrados indirectamente.

Principio de beneficencia, lo consideramos como “hacer el bien”, lo que se traduce en la obligación moral de actuar en beneficio de los demás y promover el bienestar. Procurando respetar la humanidad, la privacidad y el manejo de los datos de adultos que, aunque desconocen el proceso que se gesta mediante esta investigación por el diseño planteado, con seguridad se les honro persiguiendo objetivos de conocer, determinar y obtener posibles acciones de mejora de los servicios que se les prestan actualmente.

Principio de autonomía, entendida como la capacidad que tienen los adultos de deliberar sobre sus finalidades y de actuar bajo la dirección de las decisiones que puedan tomar, no dejando de lado la objetividad en lo que concierne a esta actividad, proyectando el bien común y teniendo en cuenta que, aunque el alcance será hasta la revisión de datos, esos mismos pertenecen a individuos de los cuales no se podría desdibujar en ningún momento su autonomía y condición de ser humano.

De acuerdo al tipo de estudio se declara que esta investigación no afecta de forma directa ni indirecta el medio ambiente ni representa un riesgo para el mismo, porque no se utilizan recursos que puedan ser perjudiciales, al hacer la revisión de las historias clínicas de forma digital.

De igual manera, las investigadoras declaran no tener conflictos de interés en la investigación porque prima el interés general y colectivo, y no se presentan intereses particulares.

Finalmente, se cumplió con las consideraciones del artículo 35 de la Constitución Nacional y la ley 23 de 1982, respetando los derechos de autor. Al igual, en la elaboración del informe escrito y otros productos derivados de este trabajo, se respetarán los derechos de autor en el uso de referencias de las fuentes consultadas, se acogerán las directrices de propiedad intelectual de la Universidad Antonio Nariño (39).

8 ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1 Sociodemográficos y capacidad funcional general:

En el estudio se revisaron 129 historias clínicas de adultos mayores institucionalizados. La media de edad de los participantes fue de 77.8, con un mínimo de 58 y máximo de 102 años. La mayoría de la población correspondió al sexo masculino 58.9%. De 64 adultos mayores a los cuales se les identificó el estado civil, el 93.8% se encontraban solteros según base de datos aportada por la institución.

La mayor parte de los adultos mayores ingresaron a la institución con pluripatologías, de las cuales los diagnósticos médicos principales se relacionaron a enfermedades de origen cardiovascular, seguidos de trastornos neurocognitivos. La capacidad funcional para las actividades de la vida diaria medida a través del Índice de Barthel, evidenció una evolución en la independencia funcional de los participantes identificando que, en el primer periodo de medición fue de 54.3%, en el segundo 72.1% y en el tercer periodo de 85.3%.

Por su parte, el riesgo de malnutrición fue latente durante el seguimiento. La mayoría de los adultos institucionalizados presentó fragilidad según el Fenotipo de Fried. Las características sociodemográficas y evolución funcional general se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Descriptivos, Características sociodemográficas y Capacidad funcional de Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	n (%)		n (%)
Sexo		Diagnóstico	
Masculino	76 (58,9)	Alteraciones de los órganos de los sentidos	17 (13,2)
Femenino	53 (41,1)	Anormalidades de la marcha y movilidad	12 (9,3)
BARTHEL T1		Enfermedades Cardiovasculares	33 (25,6)
Independencia		Enfermedades del sistema Respiratorio	6 (4,7)
Dependencia Escasa	7 (5,4)	Enfermedades Metabólicas	14 (10,9)

Dependencia Moderada	25 (19,4)	Trastornó de Salud Mental	15 (11,6)
Dependencia Severa	19 (14,7)	Trastornos Neurocognitivos	17 (13,2)
Dependencia Total	8 (6,2)	Trastornos renales y de vías urinarias	15 (11,6)
BARTHEL T2		Escala Nutricional T1	
Independencia	93 (72,1)	Estado Nutricional Normal	41 (31,8)
Dependencia Escasa	4 (3,1)	Riesgo de Malnutrición	78 (60,5)
Dependencia Moderada	12 (9,3)	Malnutrición	10 (7,8)
Dependencia Severa	16 (12,4)	Escala Nutricional T2	
Dependencia Total	4 (3,1)	Estado Nutricional Normal	42 (32,6)
BARTHEL T3		Riesgo de Malnutrición	76 (58,9)
Independencia	110 (85,3)	Malnutrición	11 (8,5)
Dependencia Escasa	4 (3,1)	Escala Nutricional T3	
Dependencia Moderada	8 (6,2)	Estado Nutricional Normal	45 (34,9)
Dependencia Severa	6 (4,7)	Riesgo de Malnutrición	73 (56,6)
Dependencia Total	1 (0,8)	Malnutrición	11 (8,5)
Fenotipo de Fried T1		Fenotipo de Fried T2	
Robusto	8 (6,2)	Robusto	6 (4,7)
Prefragilidad	35 (27,1)	Prefragilidad	31 (24,0)
Fragilidad	86 (66,7)	Fragilidad	92 (71,3)

8.2 Niveles de fragilidad de adultos institucionalizados:

El fenotipo de Fried mostró en la mayoría de la población de estudio, fragilidad en todas las edades para ambos sexos. Enfermedades cardiovasculares y trastornos de salud mental presentaron mayor frecuencia en niveles de fragilidad en el primer año de seguimiento. En el segundo año de

seguimiento, los trastornos neurocognitivos también integraron el espectro de condiciones para este nivel de reserva funcional Tabla 3.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a las características sociodemográficas, sin embargo, se halló diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales de la escala de acuerdo con los tiempos de medición ($p=0,021$).

Tabla 3. Características demográficas y niveles de fragilidad en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	Fenotipo de Fried T1			p valor*	Fenotipo de Fried T2			p valor*
	Robusto	Prefragilidad	Fragilidad		Robusto	Prefragilidad	Fragilidad	
Sexo								
Masculino	5 (6,6)	19 (25,0)	52 (68,4)	0,803	2 (2,6)	19 (25,0)	55 (72,4)	0,423
Femenino	3 (5,7)	16 (30,2)	34 (64,2)		4 (7,5)	12 (22,6)	37 (69,8)	
Edad en años								
Menores a 65	0	7 (43,8)	9 (56,3)	0,189	1 (6,3)	2 (12,5)	13 (81,3)	0,192
De 66 a 77	4 (9,5)	13 (31,0)	25 (59,5)		2 (4,8)	16 (38,1)	24 (57,1)	
De 78 a 88	4 (8,2)	12 (24,5)	33 (67,3)		3 (6,1)	8 (16,3)	38 (77,6)	
Mayores a 88	0	3 (13,6)	19 (86,4)		0	5 (22,7)	17 (77,3)	
Diagnóstico								
Alteraciones de los órganos de los sentidos	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)	0,255	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)	0,489
Anormalidades de la marcha y movilidad	0	1 (8,3)	11 (91,7)		0	1 (8,3)	11 (91,7)	
Enfermedades Cardiovasculares	4 (12,1)	12 (36,4)	17 (51,5)		3 (9,1)	10 (30,3)	20 (60,6)	
Enfermedades del sistema Respiratorio	0	0	6 (100)		0	1 (16,7)	5 (83,3)	

Enfermedades metabólicas	1 (7,1)	3 (21,4)	10 (71,4)	1 (7,1)	3 (21,4)	10 (71,4)
Trastorno de Salud Mental	0	3 (20,0)	12 (80,0)	1 (6,7)	2 (13,3)	12 (80,0)
Trastornos Neurocognitivos	0	6 (35,3)	11 (64,7)	0	2 (11,8)	15 (88,2)
Trastornos renales y de vías urinarias	2 (13,3)	3 (20,0)	10 (66,7)	0	5 (33,3)	10 (66,7)

*Chi cuadrado de Pearson

8.3 Niveles de Independencia de adultos mayores institucionalizados:

Los niveles de independencia mostraron diferencias estadísticamente significativas con la edad de la población, mostrando mayor limitación funcional a mayor edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo o diagnóstico de ingreso. Se identificó progresión a mayores niveles de independencia comparando la evolución de los tiempos de medición (T1), (T2) y (T3) Tabla 4.

Tabla 4. Características demográficas y niveles de Independencia en Adultos institucionalizados. Colombia 2023. n=129

BARTHEL T1						
	Independencia	Dependencia Escasa	Dependencia Moderada	Dependencia Severa	Dependencia Total	p valor*
Sexo						
Masculino	45 (59,2)	4 (5,3)	13 (17,1)	11 (14,5)	3 (3,9)	0,581
Femenino	25 (47,2)	3 (5,7)	12 (22,6)	8 (15,1)	5 (9,4)	
Edad en años						
Menores a 65	7 (43,8)	2 (12,5)	7 (16,7)	4 (9,5)	0	0,012
De 66 a 77	29 (69,0)	2 (4,8)	7 (16,7)	4 (9,5)	0	

De 78 a 88	29 (59,2)	3 (6,1)	6 (12,2)	6 (12,2)	5 (10,2)	
Mayores a 88	5 (22,7)	0	9 (40,9)	5 (22,7)	3 (13,6)	
Diagnóstico						
Alteraciones de los órganos de los sentidos	12 (70,6)	1 (5,9)	2 (11,8)	2 (11,8)	0	
Anormalidades de la marcha y movilidad	4 (33,3)	1 (8,3)	2 (16,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	
Enfermedades Cardiovasculares	19 (57,6)	2 (6,1)	8 (24,2)	4 (12,1)	0	
Enfermedades del sistema Respiratorio	5 (83,3)	0	1 (16,7)	0	0	0,713
Enfermedades Metabólicas	8 (57,1)	1 (7,1)	4 (28,6)	0	1 (7,1)	
Trastorno de Salud Mental	6 (40,0)	1 (6,7)	3 (20,0)	4 (26,7)	1 (6,7)	
Trastornos Neurocognitivos	7 (41,2)	1 (5,9)	3 (17,6)	3 (17,6)	3 (17,6)	
Trastornos renales y de vías urinarias	9 (60,0)	0	2 (13,3)	2 (13,3)	2 (13,3)	

BARTHEL T2

	Independencia	Dependencia Escasa	Dependencia Moderada	Dependencia Severa	Dependencia Total	p valor*
Sexo						
Masculino	55 (72,4)	4 (5,3)	6 (7,9)	9 (11,8)	2 (2,6)	0,499
Femenino	38 (71,7)	0	6 (11,3)	7 (13,2)	2 (3,8)	
Edad en años						
Menores a 65	12 (75,0)	1 (6,3)	0	3 (18,8)	0	
De 66 a 77	35 (83,3)	3 (7,1)	2 (4,8)	2 (4,8)	0	0,002
De 78 a 88	38	0	4 (8,2)	5 (10,2)	2 (4,1)	

	(77,6)					
Mayores a 88	8 (36,4)	0	6 (27,3)	6 (27,3)	2 (9,1)	
Diagnóstico						
Alteraciones de los órganos de los sentidos	15 (88,2)	0	1 (5,9)	0	1 (5,9)	
Anormalidades de la marcha y movilidad	8 (66,7)	0	3 (25,0)	1 (8,3)	0	
Enfermedades Cardiovasculares	25 (75,8)	2 (6,1)	2 (6,1)	4 (12,1)	0	
Enfermedades del sistema Respiratorio	6 (100)	0	0	0	0	0,332
Enfermedades Metabólicas	11 (78,6)	0	1 (7,1)	2 (14,3)	0	
Trastorno de Salud Mental	9 (60,0)	0	2 (13,3)	4 (26,7)	0	
trastornos Neurocognitivos	7 (41,2)	1 (5,9)	3 (17,6)	4 (23,5)	2 (11,8)	
Trastornos renales y de vías urinarias	12 (80,0)	1 (6,7)	0	1 (6,7)	1 (6,7)	

BARTHEL T3

	Independencia	Dependencia Escasa	Dependencia Moderada	Dependencia Severa	Dependencia Total	p valor*
Sexo						
Masculino	67 (88,2)	4 (5,3)	3 (3,9)	2 (2,6)	0	0,110
Femenino	43 (81,1)	0	5 (9,4)	4 (7,5)	1 (1,9)	
Edad en años						
Menores a 65	14 (87,5)	1 (6,3)	0	1 (6,3)	0	
De 66 a 77	39 (92,9)	2 (4,8)	1 (2,4)	0	0	0,122
De 78 a 88	42 (85,7)	1 (2,0)	4 (8,2)	2 (4,1)	0	

Mayores a 88	15 (68,2)	0	3 (13,6)	3 (13,6)	1 (4,5)	
Diagnóstico						
Alteraciones de los órganos de los sentidos	16 (94,1)	0	0	0	1 (5,9)	
Anormalidades de la marcha y movilidad	9 (75,0)	0	3 (25,0)	0	0	
Enfermedades Cardiovasculares	28 (84,8)	2 (6,1)	1 (3,0)	2 (6,1)	0	
Enfermedades del sistema Respiratorio	6 (100)	0	0	0	0	0,503
Enfermedades Metabólicas	11 (78,6)	1 (7,1)	1 (7,1)	1 (7,1)	0	
Trastorno de Salud Mental	13 (86,7)	0	1 (6,7)	1 (6,7)	0	
Trastornos Neurocognitivos	12 (70,6)	1 (5,9)	2 (11,8)	2 (11,8)	0	
Trastornos renales y de vías urinarias	15 (100)	0	0	0	0	

*Chi cuadrado de Pearson

Diferencias estadísticamente significativas fueron halladas entre los niveles de independencia medidas a través del índice de Barthel en los tres tiempos de medición ($p < 0.001$). En T1 los resultados se asociaron con la capacidad de deambulación y traslado, hallándose diferencias estadísticamente significativas en función de las necesidades de ayuda.

En T2, comer, vestirse, control de la deposición, capacidad de trasladarse y subir o bajar escaleras, mostraron diferencias estadísticamente significativas. Por su parte en T3; comer, bañarse, vestirse, arreglarse, ir al retrete y control de la deposición, determinaron las diferencias de independencia de acuerdo con la clasificación de cada componente de la escala como se puede visualizar en la Tabla 5. y la gráfica 1.

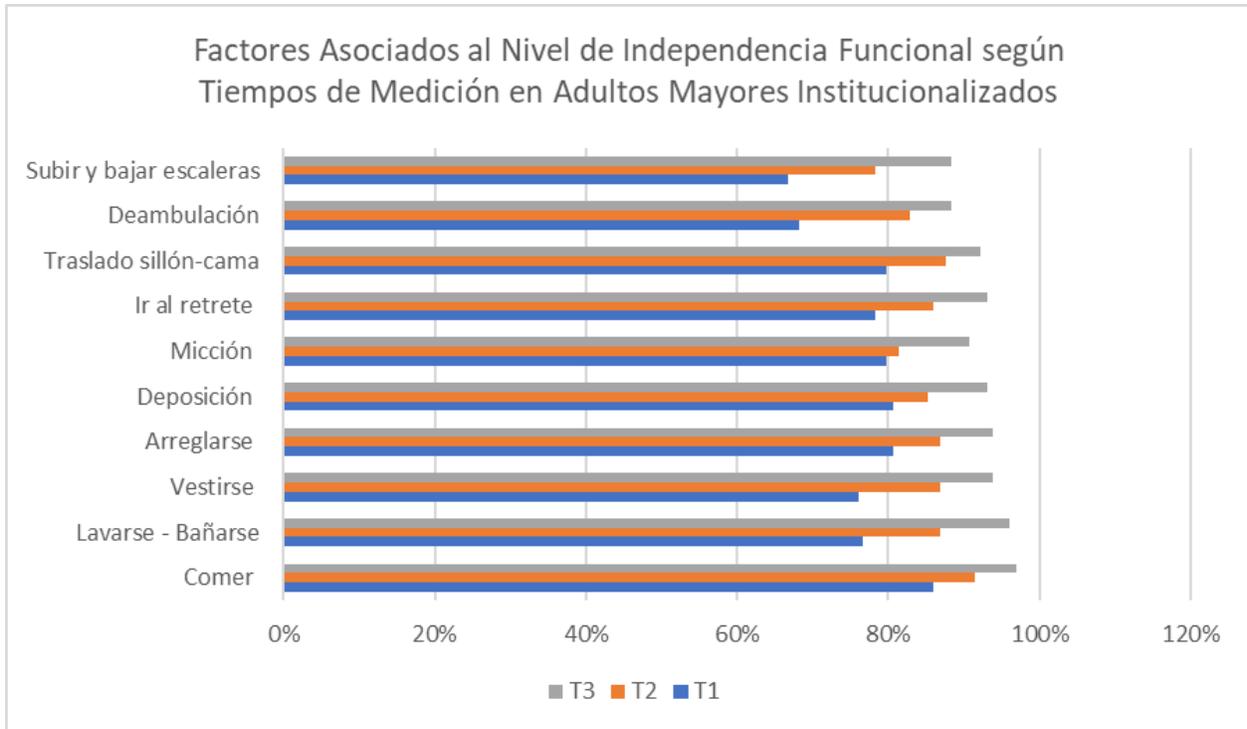
Tabla 5. Factores asociados al nivel de independencia según los tiempos de medición en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	BARTHEL T1		BARTHEL T2		BARTHEL T3	
	n (%)	P valor*	n (%)	P valor*	n (%)	P valor*
Comer						
Dependiente	1 (0,8)		0		1 (0,8)	
Necesita ayuda	17 (13,2)	0,191	11 (8,5)	0,025	3 (2,3)	0,015
Independiente	111 (86,0)		118 (91,5)		125 (96,9)	
Lavarse - bañarse						
Dependiente	30 (23,3)	0,462	17 (13,2)	0,417	5 (3,9)	0,025
Independiente	99 (76,7)		112 (86,8)		124 (96,1)	
Vestirse						
Dependiente	13 (10,1)		4 (3,1)		2 (1,6)	
Necesita ayuda	18 (14,0)	0,226	13 (10,1)	0,039	6 (4,7)	0,020
Independiente	98 (76,0)		112 (86,8)		121 (93,8)	
Arreglarse						
Dependiente	25 (19,4)	0,081	17 (13,2)	0,167	8 (6,2)	<0,001
Independiente	104 (80,6)		112 (86,8)		121 (93,8)	
Deposición						
Incontinente	17 (13,2)		14 (10,9)		5 (3,9)	
Accidente ocasional	8 (6,2)	0,841	5 (3,9)	0,014	4 (3,1)	<0,001
Continente	104 (80,6)		110 (85,3)		120 (93,0)	
Micción						
Incontinente	18 (14,0)		15 (11,6)		4 (3,1)	
Accidente ocasional	8 (6,2)	0,055	9 (7,0)	0,114	8 (6,2)	0,085
Continente	103 (79,8)		105 (81,4)		117 (90,7)	
Ir al retrete						

Dependiente	19 (14,7)		8 (6,2)		2 (1,6)	
Necesita ayuda	9 (7,0)	0,146	10 (7,8)	0,087	7 (5,4)	<0,00 1
Independiente	101 (78,3)		111 (86,0)		120 (93,0)	
Traslado sillón-cama						
Dependiente	7 (5,4)		4 (3,1)		2 (1,6)	
Gran ayuda	7 (5,4)	0,006	5 (3,9)	0,002	2 (1,6)	0,785
Mínima Ayuda	12 (9,3)		7 (5,4)		6 (4,7)	
Independiente	103 (79,8)		113 (87,6)		119 (92,2)	
Deambulaci3n						
Dependiente	12 (9,3)		5 (3,9)		2 (1,6)	
Gran ayuda	8 (6,2)	0,007	2 (1,6)	0,095	2 (1,6)	0,678
Necesita Ayuda	21 (16,3)		15 (11,6)		11 (8,5)	
Independiente	88 (68,2)		107 (82,9)		114 (88,4)	
Subir y bajar escaleras						
Dependiente	29 (22,5)		14 (10,9)		7 (5,4)	
Necesita ayuda	14 (10,9)	0,057	13 (10,1)	0,009	8 (6,2)	0,582
Independiente	86 (66,7)		101 (78,3)		114 (88,4)	

* Prueba de Kruskal-Wallis

Grafica 1. factores Asociados al Nivel de Independencia Funcional según Tiempos de Medición en Adultos Mayores Institucionalizados



8.4 Estado Cognitivo de Adultos mayores institucionalizados:

La mayoría de la población se identificó sin progresión en el deterioro cognitivo en los dos tiempos de medición. El deterioro cognitivo de moderado a severo fue persistente en mayores de 65 años, con diagnósticos relacionados principalmente con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, trastornos de salud mental o trastornos neurocognitivos esenciales.

Los resultados de la evaluación del estado cognitivo en los dos tiempos de medición, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p = <0.001$). La media de la escala en el periodo de medición T1 fue de 26.5, con una desviación estándar de 4.57, en el segundo periodo de medición T2 la media fue de 25.58 y la desviación estándar de 4.37.

El análisis con relación a las variables sociodemográficas observadas no mostró diferencias estadísticamente significativas Tablas 6 y 7.

Tabla 6. Características demográficas y estado cognitivo (T1) en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129

MINIMENTAL T1						
	Media/DE	Sin deterioro o cognitivo	Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo moderado	Deterioro o cognitivo severo	p valor*
Sexo		n (%)				
Masculino	26,20 ± 4,10	66 (86,8)	4 (5,3)	5 (6,6)	1 (1,3)	0,526
Femenino	25,85 ± 5,20	48 (90,6)	1 (1,9)	2 (3,8)	2 (3,8)	
Edad en años						
Menores a 65	25,88 ± 3,61	13 (81,3)	0	3 (18,8)	0	0,325
De 66 a 77	26,50 ± 4,35	37 (88,1)	2 (4,8)	2 (4,8)	1 (2,4)	
De 78 a 88	26,24 ± 4,43	45 (91,8)	1 (2,0)	2 (4,1)	1 (2,0)	
Mayores a 88	24,91 ± 5,83	19 (86,4)	2 (9,1)	0	1 (4,5)	
Diagnóstico						
Alteraciones de los órganos de los sentidos	26,77 ± 1,84	17 (100)	0	0	0	0,614
Anormalidades de la marcha y movilidad	26,12 ± 1,98	11 (91,7)	0	1 (8,3)	0	
Enfermedades Cardiovasculares	25,55 ± 4,72	28 (84,8)	1 (3,0)	3 (9,1)	1 (3,0)	
Enfermedades del sistema Respiratorio	26,50 ± 3,14	5 (83,3)	1 (16,7)	0	0	
Enfermedades Metabólicas	25,03 ± 2,88	11 (78,6)	1 (7,1)	2 (14,3)	0	
Trastorno de Salud Mental	24,18 ± 7,10	13 (86,7)	0	1 (6,7)	1 (6,7)	

Trastornos Neurocognitivos	24,35 ± 6,08	14 (82,4)	2 (11,8)	0	1 (5,9)
Trastornos renales y de vías urinarias	26,80 ± 2,13	15 (100)	0	0	0

" Chi cuadrado de Pearson

Tabla 7. Características demográficas y estado cognitivo (T2) en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	MINIMENTAL T2					p valor*
	Media/DE	Sin deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo leve	Deterioro cognitivo moderado	Deterioro cognitivo severo	
Sexo		n (%)				
Masculino	25,71 ± 3,84	64 (84,2)	7 (9,2)	4 (5,3)	1 (1,3)	0,362
Femenino	25,39 ± 5,07	48 (90,69)	2 (3,8)	1 (1,9)	2 (3,8)	
Edad en años						
Menores a 65	25,72 ± 2,83	13 (81,3)	2 (12,5)	1 (6,3)	0	0,937
De 66 a 77	25,67 ± 4,31	36 (85,7)	3 (7,1)	2 (4,8)	1 (2,4)	
De 78 a 88	26,03 ± 4,22	44 (89,8)	2 (4,1)	2 (4,1)	1 (2,0)	
Mayores a 88	24,31 ± 5,60	19 (86,4)	2 (9,1)	0	1 (4,5)	
Diagnóstico						
Alteraciones de los órganos de los sentidos	26,77 ± 1,84	17 (100)	0	0	0	0,799
Anormalidades de la marcha y movilidad	26,12 ± 1,98	11 (91,7)	1 (8,3)	0	0	
Enfermedades Cardiovasculares	25,55 ±	27 (81,8)	3 (9,1)	2 (6,1)	1 (3,0)	

	4,72				
Enfermedades del sistema Respiratorio	26,50 ± 3,14	5 (83,3)	1 (16,7)	0	0
Enfermedades Metabólicas	25,03 ± 2,88	11 (78,6)	1 (7,1)	2 (14,3)	0
Trastorno de Salud Mental	24,18 ± 7,10	13 (86,7)	0	1 (6,7)	1 (6,7)
Trastornos Neurocognitivos	24,35 ± 6,08	14 (82,4)	2 (11,8)	0	1 (5,9)
Trastornos renales y de vías urinarias	26,80 ± 2,13	14 (93,3)	1 (6,7)	0	0

" Chi cuadrado de Pearson

8.5 Estado Nutricional de Adultos Mayores Institucionalizados:

En el tiempo de medición T1, diferencias estadísticamente significativas entre sexos y grupos de edad fueron halladas. Con relación a los grupos de edad los resultados del análisis inicial mostraron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, las pruebas post-hoc revelaron diferencias no significativas entre dos grupos; adultos institucionalizados de 66 a 77 años y mayores de 88 años ($p = 0.003$ IC 0.907 - 5.714). No se encontraron diferencias con relación al diagnóstico de ingreso Tabla 8.

Tabla 8. Características demográficas y Estado Nutricional en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	ESTADO NUTRICIONAL T1			Media/DE	p valor
	Normal	Riesgo de Malnutrición	Malnutrición		
Sexo					
Masculino	27 (35,1)	46 (60,5)	3 (3,9)	22,85 ±3,20	0,014

Femenino	14 (26,4)	32 (60,4)	7 (13,2)	21,25 ±4,04	
Edad en años					
Menores a 65	6 (37,5)	8 (50,0)	2 (12,5)	22,40 ±3,92	
De 66 a 77	19 (45,2)	22 (52,4)	1 (2,4)	23,43 ±3,21	0,006*
De 78 a 88	14 (28,6)	32 (65,3)	3 (6,1)	21,99 ±3,78	
Mayores a 88	2 (9,1)	16 (72,7)	4 (18,2)	20,12 ±3,06	
Diagnóstico					
Alteraciones de los órganos de los sentidos	6 (35,3)	9 (52,9)	2 (11,8)	22,58 ±4,72	
Anormalidades de la marcha y movilidad	1 (8,3)	10 (83,3)	1 (8,3)	21,05 ±2,32	
Enfermedades Cardiovasculares	12 (36,4)	21 (63,6)	0	22,93 ±3,15	
Enfermedades del sistema Respiratorio	2 (33,3)	4 (66,7)	0	22,00 ±3,06	0,184*
Enfermedades Metabólicas	6 (42,9)	8 (57,1)	0	22,78 ±2,76	
Trastorno de Salud Mental	4 (26,7)	9 (60,0)	2 (13,3)	21,65 ±5,02	
Trastornos Neurocognitivos	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)	20,20 ±2,92	
Trastornos renales y de vías urinarias	8 (53,3)	6 (40,0)	1 (6,7)	23,36 ±3,71	

Prueba T para muestras independientes

*ANOVA

El estado nutricional en el segundo y tercer tiempo de medición, hay diferencias estadísticamente significativas entre adultos mayores institucionalizadas de 66 a 77 años con adultos mayores de 88 años ($p = < 0.001$ IC 1.33 – 5.76); ($p = > 0.001$ IC 156 – 6.45) y diferencias estadísticamente no significativas entre adultos de 77 a 88 años y mayores de 88 años ($p = 0.039$ IC 0.079 – 4.40); ($p =$

0.040 IC 0.07 – 4.84). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con las demás variables de estudio Tablas 9 y 10.

Tabla 9. Características demográficas y Estado Nutricional en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	ESTADO NUTRICIONAL T2				p valor
	Normal	Riesgo de Malnutrición	Malnutrición	Media/DE	
Sexo					
Masculino	29 (38,2)	42 (55,3)	5 (6,6)	22,51 ± 3,23	0,221
Femenino	13 (24,5)	34 (64,2)	6 (11,3)	21,56 ± 3,61	
Edad en años					
Menores a 65	5 (31,3)	10 (62,5)	1 (6,3)	22,08 ± 2,99	<0,001 *
De 66 a 77	20 (47,6)	21 (50,0)	1 (2,4)	23,39 ± 2,74	
De 78 a 88	15 (30,6)	29 (59,2)	5 (10,2)	22,08 ± 3,76	
Mayores a 88	2 (9,1)	16 (72,7)	4 (18,2)	19,84 ± 3,00	
Diagnóstico					
Alteraciones de los órganos de los sentidos	9 (52,9)	7 (41,2)	1 (5,9)	23,65 ± 3,49	0,095*
Anormalidades de la marcha y movilidad	0	11 (91,7)	1 (8,3)	20,42 ± 2,47	
Enfermedades Cardiovasculares	11 (33,3)	21 (63,6)	1 (3,0)	22,70 ± 2,86	
Enfermedades del sistema Respiratorio	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	22,22 ± 4,14	
Enfermedades Metabólicas	3 (21,4)	10 (71,4)	1 (7,1)	21,61 ± 3,05	
Trastorno de Salud Mental	4 (26,7)	8 (53,3)	3 (20,0)	21,36 ±	

				4,54
Trastornos Neurocognitivos	3 (17,6)	12 (70,6)	2 (11,8)	20,88 ±2,93
Trastornos renales y de vías urinarias	9 (60,0)	5 (33,3)	1 (6,7)	23,14 ±3,74

Prueba T para muestras independientes

*ANOVA

Tabla 10. Características demográficas y Estado Nutricional en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	ESTADO NUTRICIONAL T3				p valor
	Normal	Riesgo de Malnutrición	Malnutrición	Media/DE	
Sexo					
Masculino	28 (36,8)	43 (56,6)	5 (6,6)	22,25 ± 3,40	0,304
Femenino	17 (32,1)	30 (56,6)	6 (11,3)	21,56 ± 4,25	
Edad en años					
Menores a 65	5 (31,3)	11 (68,8)	0	22,21 ± 2,71	0,001 *
De 66 a 77	20 (47,6)	20 (47,6)	2 (4,8)	23,39 ± 3,29	
De 78 a 88	19 (38,8)	25 (51,0)	5 (10,2)	21,84 ± 4,26	
Mayores a 88	1 (4,5)	17 (77,3)	4 (18,2)	19,38 ± 2,79	
Diagnóstico					
Alteraciones de los órganos de los sentidos	7 (41,2)	9 (52,9)	1 (5,9)	22,21 ± 4,58	0,321 *
Anormalidades de la marcha y movilidad	2 (16,7)	10 (83,3)	0	21,41 ± 2,91	

Enfermedades Cardiovasculares	17 (51,5)	14 (42,4)	2 (6,1)	23,01 ± 3,62
Enfermedades del sistema Respiratorio	2 (33,3)	4 (66,7)	0	22,01 ± 3,01
Enfermedades Metabólicas	5 (35,7)	9 (64,3)	0	22,81 ± 2,46
Trastorno de Salud Mental	3 (20,0)	11 (64,7)	3 (17,6)	20,31 ± 5,21
Trastornos Neurocognitivos	3 (17,6)	11 (64,7)	3 (17,6)	20,81 ± 3,24
Trastornos renales y de vías urinarias	6 (40,0)	8 (53,3)	1 (6,7)	21,81 ± 3,67

Prueba T para muestras independientes

*ANOVA

Los resultados antropométricos categorizados a través de la escala de valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA) arrojaron diferencias estadísticamente significativas en los tres periodos de estudio. La mayor parte de la población en los tres periodos de tiempo tenían un adecuado índice de masa corporal así T1 51.2%, T2 51.9% y T3 59.7%. La circunferencia braquial T1 78.3%, T2 83.7% y T3 86.0%. Y la circunferencia de la pantorrilla fue de T1 59.7%, T2 63.6% y T3 72.9%.

El estado nutricional en los tres tiempos de medición, se determinó específicamente por los valores antropométricos de la población de estudio con diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con los parámetros de evaluación. La percepción del estado de salud, forma de alimentarse, consumo de líquidos y consumo de comidas completas al día; manifestación de problemas neuropsicológicos y movilidad fueron factores que persistieron a través del tiempo y mostraron diferencias estadísticamente significativas con relación a los criterios de medición.

La pérdida del apetito y de peso mostraron diferencias estadísticamente significativas en el tercer periodo de seguimiento, posiblemente relacionado a pacientes con deterioro en su estado de salud en general Tabla 11.

Tabla 11. Factores asociados al estado nutricional según tiempos de medición en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129

	Evaluación Nutricional T1 n (%)	p valor*	Evaluación Nutricional T2 n (%)	p valor*	Evaluación Nutricional T3 n (%)	p valor*
Pérdida del apetito						
Ha comido mucho menos	1 (0,8)	0,469	2 (1,6)	0,003	2 (1,6)	<0,00
Ha comido menos	17 (13,2)		14 (10,9)		16 (12,4)	1
Ha comido igual	111 (86,0)		113 (87,6)		111 (86,0)	
Pérdida reciente de peso						
Pérdida de peso < a 3 kg	4 (3,1)	0,017	3 (2,3)	0,250	4 (3,1)	0,003
No lo sabe	15 (11,6)		11 (8,5)		13 (10,1)	
Pérdida de peso entre 1 - 3 kg	27 (20,9)		30 (23,3)		27 (20,9)	
No ha habido pérdida de peso	83 (64,3)		85 (65,9)		85 (65,9)	
Movilidad						
De la cama al sillón	15 (11,6)	<0,00	15 (11,6)	<0,00	11 (8,5)	<0,00
Autonomía en el Interior	95 (73,6)	1	114 (88,4)	1	110 (85,3)	1
Sale del domicilio	19 (14,7)		0 (0,0)		8 (6,2)	
Enfermedad aguda o Estrés psicológico						
Si	26 (20,2)	<0,00	14 (10,9)	0,093	8 (6,2)	<0,00
No	103 (79,8)	1	115 (89,1)		121 (93,8)	1
Problemas neuropsicológicos						
Demencia o depresión grave	1 (0,8)	<0,00	1 (0,8)	0,018	5 (3,9)	<0,00
Demencia moderada	30 (23,3)	1	22 (17,1)		22 (17,1)	1
Sin problemas psicológicos	98 (76,0)		106 (82,2)		102 (79,1)	
Índice de masa corporal						
<19	25 (19,4)	<0,00	22 (17,1)	<0,00	20 (15,5)	<0,00
19 -21	20 (15,5)	1	22 (17,1)	1	13 (10,1)	1
21 - 23	18 (14,0)		18 (14,0)		19 (14,7)	
>23	66 (51,2)		67 (51,9)		77 (59,7)	
Vive en domicilio						
No	117 (90,7)	<0,00	121 (93,8)	0,154	124 (96,1)	0,441
Si	12 (9,3)	1	8 (6,2)		5 (3,9)	
Toma más de 3 medicamentos al día						
Si	37 (28,7)	0,557	34 (26,4)	0,901	44 (34,1)	0,667
No	92 (71,3)		95 (73,6)		85 (65,9)	
Úlceras o lesiones cutáneas						
Si	6 (4,7)	0,566	5 (3,9)	0,188	5 (3,9)	0,578
No	123 (95,3)		124 (96,1)		124 (96,1)	
Cuántas comidas completas al día						
1 comida	3 (2,3)	0,800	1 (0,8)	0,001	0 (0,0)	0,025
2 comidas	14 (10,9)		18 (14,0)		11 (8,5)	
3 comidas	112 (86,8)		110 (85,3)		118 (91,5)	
Consumo de proteínas						
0 a 1 proteínas	3 (2,3)	0,344	4 (3,1)	0,022	8 (6,2)	0,359
2 proteínas	15 (11,6)		12 (9,3)		22 (17,1)	
3 proteínas	111 (86,0)		113 (87,6)		99 (76,7)	

Consumo de frutas o verduras al menos 2 veces al día

No	11 (8,5)	0,040	5 (3,9)	0,580	6 (4,7)	<0,00
Si	118 (91,5)		124 (96,1)		123 (95,3)	1

Cuantos vasos de líquidos toma al día

Menos de 3 vasos	0 (0,0)	0,001	3 (2,3)	0,001	5 (3,9)	0,001
De 3 a 5 vasos	106 (82,2)		111 (86,0)		109 (84,5)	
Más de 5 vasos	23 (17,8)		15 (11,6)		15 (11,6)	

Forma de alimentarse

Necesita ayuda	1 (0,8)	0,012	1 (0,8)	0,001	1 (0,8)	<0,00
Se alimenta solo con dificultad	6 (4,7)		10 (7,8)		7 (5,4)	1
Se alimenta solo sin dificultad	122 (94,6)		118 (91,5)		121 (93,8)	

Se considera que está bien nutrido

Malnutrición grave	3 (2,3)	<0,00	1 (0,8)	<0,00	0 (0,0)	<0,00
No lo sabe o malnutrición moderada	74 (57,4)	1	84 (65,1)	1	50 (38,8)	1
Sin problema de nutrición	52 (40,3)		44 (34,1)		79 (61,2)	

Estado de salud en comparación con los demás

Peor	1 (0,8)	<0,00	0 (0,0)	<0,00	2 (1,6)	<0,00
No lo sabe	67 (51,9)	1	75 (58,1)	1	40 (31,0)	1
Igual	44 (34,1)		30 (23,3)		66 (51,2)	
Mejor	17 (13,2)		24 (18,6)		21 (16,3)	

Circunferencia braquial

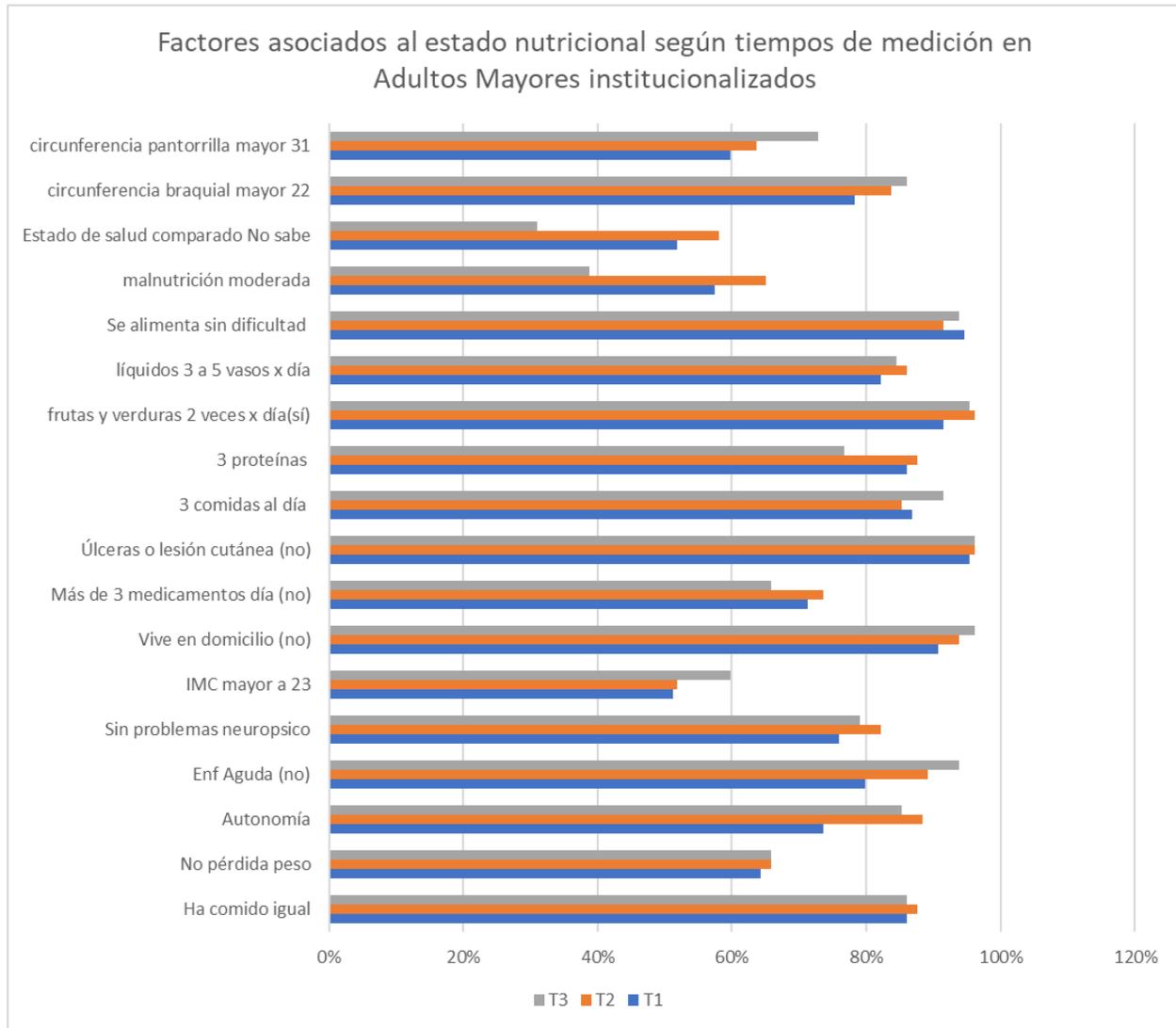
Circunferencia braquial <21	15 (11,6)	<0,00	16 (12,4)	<0,00	11 (8,5)	<0,00
Circunferencia braquial entre 21 - 22	13 (10,1)	1	5 (3,9)	1	75 (5,4)	1
Circunferencia braquial >22	101 (78,3)		108 (83,7)		111 (86,0)	

Circunferencia de la pantorrilla

Circunferencia de la pantorrilla <31	52 (40,3)	<0,00	47 (36,4)	<0,00	35 (27,1)	<0,00
Circunferencia de la pantorrilla >31	77 (59,7)	1	82 (63,6)	1	94 (72,9)	1

* Prueba Chi cuadrado de Pearson

Grafica 2. Factores Asociados al Estado Nutricional según Tiempos de Medición en Adultos Mayores Institucionalizados



8.6 Necesidades en la atención de cuidados paliativos de adultos mayores institucionalizados en condición de vulnerabilidad:

Ocho pacientes al final del seguimiento requirieron cuidados paliativos. Los datos descriptivos mostraron mayores necesidades de cuidados paliativos sin significancia estadística en población femenina y en mayores de 88 años con trastornos neurocognitivos y enfermedades metabólicas.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con relación a las características sociodemográficas de la población Tabla 12.

Tabla 12. Características demográficas y necesidades en cuidados paliativos en Adultos Mayores institucionalizados. Colombia 2023. n=129

Variable	Necesidades de Cuidados Paliativos n (%)	Sin necesidad de Cuidados Paliativos n (%)	OR (IC 95%)	p valor
Sexo				
Femenino	6 (11,39)	47 (88,7)	0,203 (0,049 - 1,108)	0,10*
Masculino	2 (2,6)	74 (97,4)	1	
Edad				
De 66 a 77	1 (2,4)	41 (97,6)	0,365 (0,021 - 6,255)	0,076
De 78 a 88	2 (4,1)	47 (95,9)	0,638 (0,054 - 7,544)	
Mayores a 88	4 (18,2)	18 (81,8)	3,333 (0,335 - 33,11)	
Menores a 65	1 (6,3)	15 (93,8)	1	
Diagnóstico				
Alteraciones de los órganos de los sentidos	1 (5,9)	16 (94,1)	2,00 (0,117 - 34,09)	0,068
Anormalidades de la marcha y movilidad	0	12 (100)	*	
Enfermedades Metabólicas	3 (21,4)	11 (78,6)	8,727 (0,820 - 92,84)	
Trastorno de Salud Mental	0	15 (100)	*	
Trastornos Neurocognitivos	3 (17,6)	14 (82,4)	6,857 (0,659 - 71,8)	
Trastornos renales y de vías urinarias	0	15 (100)	*	
Enfermedades del sistema Respiratorio	0	6 (100)	*	
Enfermedades Cardiovasculares	1 (3,0)	32 (97,0)	1	

* Test exacto de Fisher

Con relación a las variables de seguimiento evaluadas, los resultados permitieron identificar asociación entre las necesidades de cuidados paliativos y el estado nutricional en el primer tiempo de medición. Se observó en adultos mayores con necesidad de atención en cuidados paliativos, mejoría en el estado nutricional, pero conservación del riesgo de malnutrición.

Los resultados descriptivos mostraron evolución positiva hacia la independencia funcional y no progresión del estado cognitivo a través del tiempo. En ocho pacientes el estado cognitivo presentó un deterioro a través de los tiempos de medición, sin diferencias estadísticamente significativas. Los resultados se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13. Factores nutricionales, cognitivos, de fragilidad e independencia asociadas a las necesidades de cuidados paliativos en Adultos Mayores Institucionalizados. Colombia 2023. n=129

Variable	Necesidad de Cuidados Paliativos n (%)	Sin Necesidad de Cuidados Paliativos n (%)	OR (IC 95%)	p valor
BARTHEL 1				
Dependencia total	2 (25,0)	6 (75,0)	4,333 (0,687 - 27,3)	
Dependencia severa	1 (8,3)	18 (94,7)	0,724 (0,079 - 6,58)	
Dependencia moderada	0	25 (100)	*	0,130
Dependencia escasa	0	7 (100)	*	
Independencia	5 (7,1)	65 (92,9)	1	
BARTHEL 2				
Dependencia total	1 (25,0)	3 (75,0)	4,833 (0,434 - 53,79)	
Dependencia severa	0	16 (100)	*	
Dependencia moderada	1 (8,3)	11 (91,7)	1,318 (0,144 - 11,99)	0,426
Dependencia escasa	0	4 (100)	*	
Independencia	6 (6,5)	87 (93,5)	1	
BARTHEL 3				
Dependencia total	0	1 (100)	*	0,831
Dependencia severa	0	6 (100)	*	

Dependencia moderada	0	8 (100)	*	
Dependencia escasa	0	4 (100)	*	
Independencia	8 (7,3)	102 (92,7)	1	
Fenotipo de Fried T1				
Robusto	0	8 (100)	*	
Fragilidad	5 (5,8)	81 (94,2)	0,658 (0,148 - 2,918)	0,641
Prefragilidad	3 (8,6)	32 (91,4)	1	
Fenotipo de Fried T2				
Robusto	0	6 (100)	*	
Fragilidad	7 (7,6)	85 (92,4)	2,471 (0,291 - 20,92)	0,554
Prefragilidad	1 (3,2)	30 (96,8)	1	
Estado Nutricional T1				
Malnutrición	4 (40,0)	6 (60,0)	13 (1,94 - 87,13)	
Riesgo de Malnutrición	2 (2,6)	76 (97,4)	0,513 (0,069 - 3,782)	<0,001
Estado nutricional normal	2 (4,9)	39 (95,1)	1	
Estado Nutricional T2				
Malnutrición	2 (18,2)	9 (81,8)	9,111 (0,743 - 111,7)	
Riesgo de Malnutrición	5 (6,6)	71 (93,4)	2,887 (0,326 - 25,57)	0,151
Estado nutricional normal	1 (2,4)	41 (97,6)	1	
Estado Nutricional T3				
Malnutrición	2 (18,2)	9 (81,8)	4,778 (0,592 - 38,53)	
Riesgo de Malnutrición	4 (5,5)	69 (94,5)	1,246 (0,218 - 7,097)	0,221
Estado nutricional normal	2 (4,4)	43 (95,6)	1	
Examen Mental T1				
Deterioro cognitivo severo	0	3 (100)		
Deterioro cognitivo moderado	0	7 (100)		
Deterioro cognitivo ligero	1 (20,0)	4 (80,0)	3,821 (0,375 - 38,91)	0,513
No presenta deterioro cognitivo	7 (6,1)	107 (93,9)	1	

Examen Mental T2

Deterioro cognitivo severo	0	3 (100)		
Deterioro cognitivo moderado	0	5 (100)		
Deterioro cognitivo ligero	1 (11,1)	8 (88,9)	1,875 (0,204 - 17,18)	0,825
No presenta deterioro cognitivo	7 (6,1)	105 (93,8)	1	

* Prueba Chi cuadrado de Pearson

9 DISCUSIÓN

El desarrollo de la presente discusión se centra en la identificación de estudios de investigación con la población de adultos mayores y escalas de evaluación similares al descrito en este trabajo. En la revisión de la literatura se logró encontrar estudios de corte transversal unos con población institucionalizada y otros en comunidades de adultos mayores.

Ninguno de los estudios que se mencionan, cuenta con registros de varios periodos de medición y con todas las escalas que se describieron anteriormente. Es importante resaltar que, en esta investigación se logró observar la evolución de la capacidad funcional en tres y dos momentos de medición, los cuales varían de acuerdo con la información aportada en las historias clínicas revisadas.

Sin embargo, se extrajo información de los estudios con resultados similares para comparar resultados, demostrar que hay prevalencia de estas necesidades de atención en los adultos mayores; y mencionar la importancia de identificarlas para lograr implementar programas que impacten positivamente en la calidad de vida de esta población.

En la presente investigación de tipo observacional de cohorte retrospectiva acerca de la evolución funcional de adultos mayores institucionalizadas, en términos de datos sociodemográficos se determinó que, el 58.9% de la población correspondió al género masculino, la media de edad de los participantes fue de 77.8.

Posterior a la identificación de las características sociodemográficas, se realizó el seguimiento a la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria, observando que, predominó la independencia durante los tres tiempos de medición como se evidencia en la tabla 1; sin embargo, la dependencia moderada mantuvo una puntuación importante a lo largo de la investigación (40).

Otro aspecto relevante, encontrado en la población de este estudio y del realizado por Penacho (41), es el riesgo de malnutrición en adultos mayores con diagnósticos predominantemente neurocognitivos; el cual en ambos mantuvo un porcentaje alto, lo que probablemente se asocia a la

característica de población institucionalizada. Para este caso, en los tres tiempos de medición tuvo valores comprendidos entre el 55% y 60% entre hombres y mujeres.

En el estado nutricional en el tiempo de medición número uno, se encontró un porcentaje del 60% de la población con riesgo de malnutrición tanto en hombres como en mujeres. Similar al resultado del estudio Nan Hua (42) con características de población parecidas a la presente investigación, donde el 64,9% de los adultos mayores, tuvo riesgo de malnutrición o desnutrición. A su vez, los diagnósticos que se encontraron con mayor presencia dentro del grupo fueron enfermedades cardiovasculares 63,4% y trastornos neurocognitivos 64,7%, Kawashima y cols (43).

Se puede observar que, el deterioro fisiológico progresivo afecta considerablemente el estado nutricional de los adultos mayores. Ya que la pérdida de apetito y de peso evidentes en el tiempo de medición número tres, posiblemente se relaciona a dicho deterioro esperado, lo cual es una característica inherente al proceso de envejecimiento (42).

En lo referente al factor de fragilidad, se identificó que, en 86 historias clínicas de una muestra de 129, los adultos mayores institucionalizadas presentaron fragilidad en el primer tiempo de medición, e incrementó en el segundo tiempo a 96, con un margen de 10 historias clínicas.

La fragilidad estaba asociada principalmente a diagnósticos de enfermedades cardiovasculares. Lo anterior, se relaciona con la investigación de Damluji (44) donde concluyen que, *“en pacientes con enfermedad coronaria, la fragilidad es un factor de riesgo para el desarrollo de síndromes geriátricos como demencia, pérdida de independencia, etc”*.

Dentro de la población que aumentó la fragilidad, se encontraban adultos con diagnósticos de trastornos de salud mental y trastornos neurocognitivos, factores que se interrelacionan y pueden variar de acuerdo al ciclo de compromiso asociado a la edad. Shaoyi Fan et al. (45)

La institución en la cual se realizó la presente investigación, cuenta con un equipo interdisciplinario encargado de realizar la valoración geriátrica integral a los adultos mayores, definiendo el plan de intervención y las necesidades de atención de acuerdo a las características de cada adulto, lo cual se construye por medio de juntas interdisciplinarias. Dentro de estos procesos, se realiza atención

desde el área de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, nutrición, gerontología, trabajo social, geriatría y enfermería.

Lo anterior es directamente proporcional al aumento de la independencia en las actividades básicas identificado en la revisión de las historias clínicas de la investigación. Lo cual, se asocia con el estudio de Guzmán-Olea (46) quienes realizan intervenciones a través de un programa gerontológico de rehabilitación donde concluyen que los adultos mejoraron su capacidad física después de participar en actividades físico- recreativas.

Así mismo, en la valoración del estado cognitivo se obtuvo un porcentaje de más del 84% de adultos a nivel general sin deterioro cognitivo que se mantuvo durante los dos periodos de medición; y un grupo pequeño que se mantuvo entre el deterioro moderado y severo. La no progresión del deterioro cognitivo según las historias clínicas revisadas, se pudo corroborar en las tablas 5 y 6; un aspecto que puede influir en estos resultados son las intervenciones que los equipos interdisciplinarios realizan.

Bajo las consideraciones mencionadas, Guzmán-Olea (46) aporta que las intervenciones tempranas permiten no solo el mejoramiento de las capacidades y funcionamiento tanto físico como cognitivo sino también, la reducción de la progresión del deterioro, dato que concuerda con las características encontradas en las historias clínicas.

Dentro de la evolución de la capacidad funcional en las historias clínicas revisadas se identificó que, las variables que presentan mayor compromiso son: El riesgo de malnutrición y la fragilidad observado en la Tabla 1. Lo cual se puede relacionar con el proceso de envejecimiento el cual es multicausal.

Este proceso puede estar acompañado de afectaciones sensoriales en el gusto y el olfato, deterioro en la masticación y en el componente psicosocial, que influyen en la ingesta de alimentos impactando la absorción de los nutrientes y generando impacto negativo en la nutrición, Davino et al. (47)

Norazman et al. (48) encontró que, en adultos mayores, el riesgo de desnutrición se asocia con un mayor número de enfermedades crónicas, cambio en medidas antropométricas y fragilidad, donde se identifica una fuerte asociación entre desnutrición y fragilidad lo que evidencia que casi la mitad de los adultos mayores frágiles corren alto riesgo de desnutrición, y el 90% con desnutrición tienen un alto riesgo de fragilidad.

Debido a esto y a los datos arrojados en el estudio que se realizó, se relaciona la necesidad en la atención de Cuidados Paliativos con los factores de estado nutricional y fragilidad de los adultos mayores. Encontrando que el riesgo de malnutrición fue persistente en más de la mitad de los adultos con estas necesidades, y la fragilidad ocupó casi un 90% en su mayoría de género femenino, características comunes en población vulnerable institucionalizada.

10 CONCLUSIONES

Se realizó la anterior investigación bajo la revisión de historias clínicas de adultos mayores institucionalizados, identificando la evolución funcional en la independencia para las actividades de la vida diaria, la fragilidad, el estado cognitivo, el estado nutricional y su posible asociación con la necesidad de atención en cuidados paliativos.

En la evolución se identificó que, la fragilidad puede ser propia de la edad y puede oscilar de acuerdo a los factores de salud que presente cada adulto. Por lo tanto, la fragilidad predominó en la población con diagnósticos de enfermedades cardiovasculares, trastornos de salud mental y trastornos neurocognitivos.

De acuerdo a la literatura y a los resultados de este estudio, se encuentra que, la malnutrición puede ser generada por multicausalidades, dentro de ellas, están las enfermedades crónicas y la fragilidad, las cuales son características que se encuentran en la mayoría de las historias clínicas revisadas, lo que justificaría el riesgo de malnutrición encontrado.

Respecto al estado cognitivo de los adultos mayores, un alto porcentaje, se mantuvo sin progresión al deterioro. Situación similar en el caso de la funcionalidad para las actividades de la vida diaria, lo cual mostró la mayor cantidad de participantes con puntuaciones de independencia.

Dadas las características de institucionalización y las intervenciones por el equipo interdisciplinar que la población estudiada recibió, se hacen posible atribuir estos resultados favorables a las actividades que desarrollaron con los profesionales encargados. Ya que, estos procesos con enfoque de atención integral centrado en el adulto estimulan la movilidad, la autonomía y el mantenimiento de las capacidades físicas, mentales y sociales.

Los resultados en términos generales en ese momento de medición, permitieron saber que la mayor cantidad de usuarios no requirieron atención por cuidados paliativos respecto a los factores de funcionalidad estudiados. Sin embargo, un pequeño número, nos determinó que las necesidades en la atención se dieron a partir de un riesgo nutricional y un estado de fragilidad latentes.

Por lo tanto, y revisando estudios similares, la evolución de la capacidad funcional disminuye de manera inversamente proporcional en la medida en que incrementa la fragilidad y el riesgo

nutricional. Lo que, según algunos autores de investigaciones similares, si estas condiciones persisten a largo plazo, también afectarían el estado cognitivo y funcional de los adultos mayores incrementando su necesidad de atención en cuidados paliativos.

11 RECOMENDACIONES

Se recomienda para estudios similares futuros, tener en cuenta el análisis longitudinal de los diagnósticos médicos, condiciones de salud de los adultos mayores y la interacción de estos en cada tiempo de aplicación de las escalas evaluativas.

De igual forma, se recomienda realizar más estudios de forma longitudinal en población con estas características, que permitan evidenciar con más detalle la evolución de la capacidad funcional, recolectando datos de mediciones en un periodo de tiempo prolongado.

Se recomienda a la institución continuar brindando las intervenciones de forma interdisciplinar para permitir mantener la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores con un enfoque de atención integral centrado en el adulto.

Igualmente se sugiere que se establezcan tiempos de medición unificados para hacer la aplicación de todas las escalas de evaluación. Así como también, realizar el diligenciamiento en la historia clínica de cada ítem de las escalas utilizadas, lo cual permitiría hacer un análisis más detallado.

Por último, se recomienda a las instituciones que brindan atención a adultos mayores, con diagnósticos de enfermedades crónicas, potencialmente mortales, frágiles, con algún tipo de sufrimiento o en etapa final de la vida, implementar procesos de intervenciones interdisciplinarias en cuidados paliativos de forma temprana. Ya que demuestran el impacto positivo en la calidad de vida de esta población, favoreciendo la independencia funcional, autonomía y mantenimiento de las capacidades físicas, mentales y sociales.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OMS de la. Cuidados Paliativos [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. DANE. Adulto Mayor en Colombia características generales. 2021; Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
3. Gov.co A de S de C. ¿Qué es el programa Persona Mayor? 2021; Disponible en: <https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/134766/que-es-el-programa-persona-mayor/>
4. Gov.co A de S de C. Informe de Caracterización Observatorio Adulto Mayor [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/151092/informe-de-caracterizacion-observatorio-adulto-mayor/>
5. Guerrero N, Yépez-Ch MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Univ y salud. 2015;17(1):121-31.
6. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33:328-34.
7. Salut AHGD de. ÍNDICE DE BARTHEL [Internet]. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Disponible en: <https://alicante.san.gva.es/documents/4479657/4640869/Indice+Barthel.pdf>
8. ElMokhallati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Murtagh FEM, Johnson MJ, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care. Palliat Med. 2020;34(8):989-1005.

9. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Cepal; 2018.
10. Ferré C, Canelles S, Daniel X, Rubio O, Esteban F, Pobo A. Detección al alta de UCI de la fragilidad y necesidades paliativas del paciente crítico en colaboración con atención primaria. *Med intensiva (Madr, Ed impr)*. 2022;101-3.
11. La Paz Cpc. Norma Técnica Para La Detección De Las Alteraciones Del Adulto.
12. Soler PA, Hidalgo JL-T, Rizos LR, Jurado PMS, Nogueras IG, Requena JLE. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Atención Primaria*. 2012;44(3):162-71.
13. Roure Murillo R, Escobar Bravo MÁ, Jürschik Giménez P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. *Gerokomos*. 2019;30(2):56-60.
14. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M de la C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135-41.
15. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
16. Yolanda Sàngari. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [Internet]. Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad. Disponible en: <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/#:~:text=Por «adultos mayores institucionalizados» se,del Estado%2C municipal o provincial>
17. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Cuidados Paliativos. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0

18. Tafur J, Guerra M, Carbonell A, López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Rev Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018;13(5):360-6. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-9398-5317>
19. Benavides-Caro C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2017;40(2):107-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
20. En M, Territorio EL. CUMPLIMIENTO DE LA MEGA- Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. 2016;1-46.
21. Sostenible M de A y D. Amenaza, Vulnerabilidad y Riesgo. *Colomb Potencia Vida* [Internet]. Disponible en: <https://www.minambiente.gov.co/cambio-climatico-y-gestion-del-riesgo/amenaza-vulnerabilidad-y-riesgo/>
22. Cardona-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev Ciencias la Salud*. 2014;12(2):139-55.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>
24. Ardila E. Las enfermedades crónicas. *Rev del Inst Nac Salud* [Internet]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016>
25. Estándares de calidad para instituciones que atienden adultos mayores [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>
26. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Pública*. 2022; 46:1.

27. Modroño Freire MJ, Romero Pita J, Sánchez Cougil MJ, Expósito Alfonso MA. Definición de "dependencia funcional". Implicaciones para la política socio sanitaria. Aten Primaria. 2009;42(6):343-4.
28. MONEGRO NR. Atención Integral en Salud. Cons Nac Segur Soc | CNSS [Internet]. Disponible en: <https://cnss.gob.do/index.php/noticias/item/411-atencion-integral-en-salud3>
29. Donis JH. Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. Av en Biomed [Internet]. 2013;2(2):76-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3313/331327989005.pdf>
30. Canalejo Juan. Índice de Barthel o de Discapacidad. Med interna Rev Española [Internet]. 2007;100. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/indicedebarthel.pdf>
31. Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szejf C. Cross-cultural adaptation and validation of the FRAIL scale to assess frailty in Mexican adults. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(12):1094-8.
32. Stimuluspro. Mini Mental de Folstein (MMSE) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://stimuluspro.com/blog/mini-mental-de-folstein-mmse/>
33. Cribado nutricional como MNA [Internet]. Disponible en: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-spanish.pdf>
34. Salvà Casanovas A. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(6):245-6.
35. Herramienta Necpal 4.0 Estimar Necesidades Paliativas Y Pronóstico [Internet]. 2021. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.info/herramienta-necpal-4-0-estimar-necesidades-paliativas-y-pronostico/>
36. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. Int J Morphol. 2015;33(3):1156-64.

37. Colombia M de salud de. Ministerio de salud, Resolución número 8430 de 1993. Minist salud [Internet]. 2012;32(4):471-3. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Ride/De/Dij/Resolucion-8430-De-1993.Pdf>
38. Colombia M De Salud De. Ministerio De Salud Resolución Número 1995 De 1999 (Julio 8). Por la cual se Establ normas para el manejo la Hist Clínica. 1961;54(3):592-5.
39. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 De 1982. Acad Manag J. 2002;5(3):1-39.
40. Baracaldo Campo H, Naranjo-García A, Medina-Vargas V. Nivel de dependencia. Gerokomos. 2019;30(4):163-6.
41. Lázaro¹ M de los AP, Fernández² AC, Penacho³ SC, Rodríguez⁴ AMT, Casariego⁵ y AV. Valoración del riesgo de malnutrición en pacientes institucionalizados en función del grado de dependencia. Nutr Hosp. 2019;
42. Hua N, Zhang Y, Tan X, Liu L, Mo Y, Yao X, et al. Nutritional Status and Sarcopenia in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24).
43. Kawashima A, Evans CJ. Needs-based triggers for timely referral to palliative care for older adults severely affected by noncancer conditions: a systematic review and narrative synthesis. BMC Palliat Care [Internet]. 2023;22(1):1-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01131-6>
44. Damluji AAS-EC. Physical Frailty Phenotype and the Development of Geriatric Syndromes in Older Adults with Coronary Heart Disease. Pubmen [Internet]. :662-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33242482/>
45. Fan S, Liang X, Yun T, Pei Z, Hu B, Ismail Z, et al. Mild behavioral impairment is related to frailty in non-dementia older adults: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2020;20(1):1-17.

46. Guzmán Olea E, Pimentel Pérez BM, Salas Casas A, Armenta Carrasco AI, Oliver González LB, Agis Juárez RA. Prevention of physical dependence and cognitive impairment by implementing an early rehabilitation program in institutionalized elderly. *Acta Univ.* 2017;26(6):53-9.
47. Medeiros, Mariana Marinho Davino de Olívia Maria Costa de Figueredo a, Mayara Abreu Pinheiro a, Luiz Fabrício Santos de Oliveira b, Rayssa Lucena Wanderley b, Yuri Wanderley Cavalcanti b RCMRG. Factors associated with the overlap of frailty and nutrition in institutionalized older adults: A multicenter study. *ELSEVIER* [Internet]. 90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494320301448?via%3Dihub>
48. Norazman CW, Adznam SN, Jamaluddin R. Malnutrition as key predictor of physical frailty among malaysian older adults. *Nutrients.* 2020;12(6):1-12.

13 ANEXOS

Anexo 1. Índice de Barthel

- Índice de Barthel de valoración funcional de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Katz de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Lawton y Brody de evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria.

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc - Dependiente	5 0
Deposiciones	- Continente - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativos - Incontinente	10 5 0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda - Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda - Incontinente	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa - Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión - Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m - Independiente en silla de ruedas, sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras - Necesita ayuda física o supervisión - Dependiente	10 5 0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

- 100 Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
- 60 Dependencia leve
- 35-55 Dependencia moderada
- 20-35 Dependencia severa
- 20 Dependencia total

<https://img.yumpu.com/5031949/1/500x640/-indice-de-barthel-de-valoracion-funcional-de-fpsanidad.jpg>

Anexo 2. Fenotipo de Fried

Criterio	Método de recolección de información	Criterio positivo para fragilidad
Pérdida de peso	Se preguntó: "¿Cuánto peso, de manera no intencionada, ha perdido desde el año anterior?"	Pérdida de peso superior a 5% en relación al peso basal
Fuerza muscular	Se midió la fuerza de presión (utilizando un dinamómetro) en mano dominante. Se calculó promedio de tres valores	Promedio de medidas estaba en el 20% (ajustado por sexo y IMC) inferior propuesto por Fried et al ⁷
Nivel de actividad física	Se utilizó la versión reducida en español del cuestionario auto-administrado de actividad física en tiempo libre de Minnesota ⁸	Actividad semanal inferior a 2,5 h ⁹
Tiempo de caminata	Tiempo que demora el paciente en caminar 4,5 metros	Tiempo de caminata inferior a 10%(ajustado por sexo) propuesto por Fried et al ⁷
Presencia de síntomas depresivos (agotamiento emocional)	Cuestionario <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i> ¹⁰ . Veinte preguntas que indagan la presencia de síntomas depresivos ocurridos durante la última semana previa a la hospitalización. Cada ítem puede tener 4 respuestas posibles (raramente, algunas veces, ocasionalmente, muchas veces) y toma un valor que va de 0 a 3 puntos	Puntaje fue igual o superior a 16 puntos

<https://www.scielo.cl/fbpe/img/rmc/v145n2/art03-t1.jpg>

Anexo 3. Minimental

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)			
Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1978)			
Nombre: WALTER COMPA		Varón [] Mujer [x]	
Fecha: 30-09-2020	F. nacimiento: 28-07-1965	Edad: 55	
Estudios/Profesión: CONTADOR	N. IP:		
Observaciones:			
¿En qué año estamos? 0-1 ---1 ¿En qué estación? 0-1-----1 ¿En qué día (fecha)? 0-1----1 ¿En qué mes? 0-1----1 ¿En qué día de la semana? 0-1-----1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	5	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ---1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1---1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1---1 ¿En qué provincia estamos? 0-1---1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1---1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	5	
Nombra tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 5 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 --) Bandera 0-1-1 Árbol 0-1)	N° de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	3	
Se leen 30 pesetas y se va dando de una en una. ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 3 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deduzca la palabra MUNDO al revés. 30 0-1- 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 10 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CALCULO (Máx.5)	5	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente: Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	3	
REGISTRACIÓN. Muestrele un lápiz o un bolígrafo y pregunte ¿qué es esto? Hágalo lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN. Pídale que repita la frase "si sí, si no, si pero" la "En un papel había 3 perros" 0-1 ORDENES. Pídale que siga la orden "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo" 1 "Coja con mano d. 0-1 dóblelo por mitad 0-1 póngalo en suelo 0-1 LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cerre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPIA. Dibuje 2 triángulos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	Lenguaje (Máx.5)	5	
Puntuaciones de referencia 27 ó más normal 24 ó menos sospecha patológica 11-24 deterioro 9-12 demencia	Puntuación Total (Máx. 30 puntos)	26	

https://d20ohkaloyme4g.cloudfront.net/img/document_thumbnails/a08beec3266a5652a251051f83b8fad8/thumb_300_425.png

Anexo 4. Escala nutricional mna (mini nutricional assement)

The image shows a 'Mini Nutritional Assessment (MNA)' form. At the top, it says 'MNA' and 'Nutrition Institute'. Below that, there are fields for 'Last name' and 'First name'. A table for patient information includes 'Sex', 'Age', 'Weight, kg', 'Weight, lbs', and 'Height'. The form is divided into two main sections: 'Screening' and 'Assessment'. Each section contains several numbered questions with checkboxes for 'Yes', 'No', and 'Not known'. At the bottom, there are fields for 'Assessment score (out of 30 points)', 'Screening score', and 'Total Assessment score (out of 30 points)'. There is also a 'Reference table' for interpreting scores.

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Frepositorio.unican.es%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F10902%2F9671%2FPoveda%2520Cano%2C%2520M%25C2%25AA%2520Montserrat.pdf%3Fsequence%3D4&psig=AOvVaw3qWGR6sMQOimANQqp3CGqu&ust=1677245757432000&source=images&cd=vfe&ved=0CBAQjRxqFwoTCLCz6b7hq_0CFQAAAAAdAAAAABAN

Anexo 5. Clasificación NECPAL

Descripción preguntas NECPAL	Servicio médico				Total general	
	CON	PALI	UDC	ULE	Núm.	%
P1. PREGUNTA SORPRESA						
P1 ¿Le sorprendería que falleciese en próximos 12 meses?	200	138	4	20	362	51,8
P2. ELECCION / DEMANDA O NECESIDAD						
P2_1. Paciente/cuidador solicitan tto.paliativo	23	74		4	101	14,4
P2_2. Sanitario considera tto.paliativo	52	120		12	184	26,3
P3. INDICADORES CLINICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESION						
P3_1. Marcadores nutricionales	49	80		6	135	19,3
P3_2. Marcadores funcionales	82	121	2	19	224	32,0
P3_3. Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema	13	16		6	35	5,0
P3_4. Distres emocional	10	27		7	44	6,3
P3_5. Factores adicionales de uso de recursos	37	99	1	11	148	21,2
P3_6. Comorbilidad: >=2 patologías concurrentes	92	42	17	40	191	27,3
P4. INDICADORES CLINICOS ESPECIFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESION POR PATOLOGIAS						
P4_1. Enfermedad oncológica	5	124		1	130	18,6
P4_2. EPOC	12	2		1	15	2,1
P4_3. Enfermedad cardiaca crónica	10	3			13	1,9
P4_4. Enfermedades neurológicas graves: ACV	7		1	3	11	1,6
P4_5. Enfermedades neurológicas crónicas: ELA, EM, Parkinson	22	4		3	29	4,1
P4_6. Enfermedad hepática crónica grave		3		1	4	0,6
P4_7. I.renal crónica grave	2	2			4	0,6
P4_8. Demencia con criterios	6	2		2	10	1,4
NECPAL positivo	154	138	4	19	315	45,1
Total pacientes	477	139	17	66	699	
% identificación positiva	32,3	99,3	23,5	28,8	45,1	

[https://www.scientificbigdata.com/documents/0000092/conversio0/necesidades de atencion paliativa_archivos/image002.jpg](https://www.scientificbigdata.com/documents/0000092/conversio0/necesidades_de_atencion_paliativa_archivos/image002.jpg)

Anexo 6. Cronograma

Mese	Agosto – noviembre /2022					Febrero /2023			Marzo /2023			Abril – Mayo – Junio /2023			Julio – Agosto- Septiembre /2023			Octubre/2023			Noviembre/2023		
Actividades																							
Estructura y presentación del protocolo de tesis al comité de trabajo de grado de la Facultad de Enfermería de la UAN	X	X	X	X	X																		
Realización de correcciones de las observaciones emitidas por el comité de trabajo de grado y presentación ante el comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la UAN						X	X	X															
Presentación ante el comité de Ética de la institución E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, para su aprobación.									X	X													
Recolección de la información. Trabajo de campo									X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Organización, caracterización, procesamiento y análisis de la información.												X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Redacción de discusión, conclusiones, recomendaciones.															X	X	X	X	X	X	X	X	X
Solicitud de jurados ante el comité de trabajo de grado de la Facultad de Enfermería de la UAN																							X
Sustentación de la Tesis ante los jurados																							X

Anexo 7. Concepto Comité de Trabajo de Grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño

Bogotá 29 noviembre 2022

Estudiantes

Ana Clarybel Duque López
Karol Andrea Rendón Hurtado
Maestría en Cuidados Paliativos
Universidad Antonio Nariño

ASUNTO: Concepto Comité Trabajo de Grado

El comité de trabajo de grado en reunión del 28 de noviembre del 2022, se permite comunicarle que al protocolo de investigación titulado "Evolución funcional y factores asociados con las necesidades de cuidado paliativo de los Adultos Mayores Institucionalizados en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de Cali Durante el Periodo 2020 -2022", **fue aprobado**, con las siguientes observaciones.

- ✚ Omitir del título "en la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de Cali Durante el Periodo 2020 -2022".
- ✚ Establecer cómo van a triangular la información.
- ✚ Evidenciar el control de sesgos en el apartado metodológico.
- ✚ Relacionar cronograma y presupuesto.
- ✚ Referenciar bajo las normas Vancouver.

Por otro lado, en próximas fechas se les asignara director de tesis.

El comité considera pertinente realizar los ajustes solicitados para poder pasar a comité de Bioética, según indicaciones propias del comité en mención, bajo el acompañamiento del director de tesis asignado.

Agradezco la atención prestada a la presente

Cordialmente,



Secretaria Comité de trabajo de grado
Prof. Hilda Mireya Miranda Rojas

Anexo 8. Concepto comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN-CBI**

CONCEPTUA:

Que previa información aportada por Hilda Mireya Miranda Rojas, el Comité de Bioética para la Investigación (CBI) en sesión del 28 de febrero del 2023, emite concepto de **APROBADO**, al proyecto **Evolución de la capacidad funcional y su asociación con las necesidades de cuidado paliativo en Adultos Mayores Institucionalizados**, presentado por primera vez.

Se hace constar en el acta No. 41 de 2023.

El presente concepto se expide el 28 de febrero de 2023.

Wimber Ortiz Martinez PhD
Presidente CBI

Mg Nataly Andrea Sanchez Garcia
Secretaria CBI

Anexo 9. Concepto Comité de Ética de la Institución E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel



Santiago de Cali, Marzo 14 del 2023

Doctor
Vimber Ortiz Martínez
Decano Nacional
Facultad de Enfermería
Universidad Antonio Nariño

Asunto: Aval proyecto de investigación " EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU ASOCIACION CON LAS NECESIDADES DE CUIDADO PALIATIVO EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS". LAS ESTUDIANTES Ana Clarybel Duque López y Karol Andrea Rendón Hurtado como investigadores principales e Hilda Mireya Miranda Rojas en calidad de directora, Universidad Antonio Nariño.

Cordial saludo,

En reunión realizada el 14 de marzo del 2023 las estudiantes de Maestría en cuidados paliativos Ana Clarybel Duque López y Karol Andrea Rendón bajo la dirección de la Profesora Hilda Mireya Miranda Rojas, presentaron al grupo comité de ética hospitalaria de la ESE Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel el alcance del proyecto de la referencia con el fin de solicitar aval para el desarrollo del proyecto. Se definió los siguientes puntos:

- a) La propuesta es pertinente para su realización porque se alinea con los objetivos misionales de la ESE Hospital geriátrico y Ancianato San Miguel y se dispone de la información requerida para su desarrollo.
- b) Los investigadores se comprometen a enviar un reporte con los resultados obtenidos y citar los créditos institucionales de las entidades participantes en los productos resultantes de esta investigación.
- c) La ESE Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel proporcionará la información requerida y un espacio físico para que la estudiante realice el desarrollo de los análisis directamente en las instalaciones de la ESE siguiendo los lineamientos de confidencialidad. Por lo anterior, se avala la realización de esta propuesta de investigación.

Atentamente,



SANDRA MARENTES ASTAIZA
Gerente
ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANTO SAN MIGUEL

Elaboró: Jennifer Cruz Truque – jefe de oficina asistencial
Revisó: William Arango Ussa – jefe oficina jurídica

NIT 890 303 448-6
Carrera 70 No. 2A - 04 - Cali - Colombia
PBX +57 (2) 339 61 37
ancianatosanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado "superintendencia nacional de salud"